



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

DE INVLOED VAN SOCIALE STEUN OP HET HERSTELPROCES VAN SUÏCIDALE JONGEREN

Student: Q.F. Keller (s4638565)

Begeleider en eerste beoordelaar: M.W.M. Gijzen

Tweede beoordelaar: S. Parlevliet

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

6 juni 2025

Aantal woorden: 6879

Abstract

Suicide is the leading cause of death among young people under 30 in the Netherlands. This study explores how social support from family, friends, peers, and romantic partners contributes to the recovery of young people aged 16 to 22 who have experienced suicidal thoughts or behaviour. Using a qualitative design and semi-structured interviews, the study captures their lived experiences. Thematic analysis shows that family and friends provide support, but this is often limited by a lack of understanding or, in some cases, denial of mental health struggles. In contrast, peer support and romantic partners stand out as particularly valuable sources of recognition and empathy, due to shared experiences. The results indicate that while all forms of social support can contribute to recovery, peers and romantic partners can play an especially crucial role. This highlights that social support is not just an add-on to professional care, but can be a vital bridge during times when formal help is harder to access. The study advocates for increased training and education of informal support figures such as family, friends, peers, and romantic partners, so they can better support young people during recovery. Ultimately, the findings show that recovery from suicidality is a social process, centred on recognition and understanding, and one where the surrounding environment plays a key role.

Inleiding (incl. theoretisch kader)

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt suïcide de meest voorkomende doodsoorzaak onder jongeren en jongvolwassenen tot 30 jaar in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden (GGZ Standaarden, 2024). Veel doodsoorzaken bij jongeren zijn de laatste decennia afgenomen, maar dat geldt niet voor suïcide. Bij suïcide is de laatste jaren juist een stijging te zien (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Dit onderzoek richt zich op de rol die sociale steun kan betekenen voor jongeren die suïcidaal zijn of waren.

Jongeren die suïcidale gedachten of suïcidepogingen hebben ervaren, bevinden zich in een kwetsbare positie. Onderzoek toont aan dat suïcidaal gedrag bij adolescenten het resultaat is van verschillende risicofactoren, waarbij dit zowel interne als externe risicofactoren kunnen zijn (Ati et al., 2021). 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 (o.a. trauma), geldzaken, prestatiedruk, relatie, familie en/of gezin en sociaal contact (Elzinga et al., 2023).

Genetische factoren spelen ook een rol bij suïcidaliteit. Zo zijn verstoringen in het serotoninesysteem, dat betrokken is bij stemming en impulscontrole, vaker aangetroffen bij mensen met een familiegeschiedenis van suïcide (Lee, 2023). Ook bij depressieve mensen die een poging deden, werden deze genetische varianten vaker aangetroffen. Dit suggereert dat

verstoringen in de serotoninehuishouding zowel met depressie als met suïcidaliteit samenhangen, en dat genetische factoren hierin een centrale rol spelen (Lee, 2023).

Hoewel depressie en suïcide dus genetische samenhang kent, zit er tussen depressie, denken aan de dood en een daadwerkelijke suïcidepoging daarentegen een hele weg (Millner et al., 2017). Het hebben van suïcidale gedachten en het daadwerkelijk ondernemen van een suïcidepoging omvat een complex en vaak onderschat proces. Hoewel suïcidale gedachten soms al jaren eerder ontstaan, blijkt uit onderzoek dat veel van de concrete stappen richting een poging, zoals het maken van een plan of het nemen van een beslissing, zich binnen enkele uren tot dagen vóór de poging voltrekken (Millner et al., 2017). Dit benadrukt dat de overgang van denken naar doen geen lineair of langdurig traject hoeft te zijn.

Met de sterke toename van suïcide onder jongvolwassenen is het misschien handig onszelf af te vragen waar de stijging juist onder deze populatie vandaan komt. Jongvolwassenen bevinden zich in een stadium in hun leven waarin veel grote levensveranderingen plaatsvinden. Dit gaat gepaard met veel stress en kan invloed hebben op de mentale gezondheid (Matud, 2020). Toch is het belangrijk te beseffen dat niet iedereen met suïcidale gedachten of een suïcidepoging ook daadwerkelijk overlijdt. Er zijn jongeren die ervoor kiezen geen poging te doen, of die ondanks een eerdere poging blijven leven. Naar schatting onderneemt slechts één op de tien jongeren met suïcidale gedachten een suïcidepoging (De Graaf et al., 2010).

Op basis hiervan blijkt dat herstel mogelijk is, maar wat definieert precies het begrip ‘herstel’? Binnen dit onderzoek wordt herstel gedefinieerd als dat een jongere zelf aangeeft dat hij/zij geen last meer heeft van suïcidaliteit. De nadruk ligt hierbij op het *zelf* ervaren van herstel. Lewin et al., (2024) stellen dat herstel niet voor iedereen hetzelfde betekent. Herstel wordt

beschreven als een multidimensionaal, niet-lineair en subjectief proces, waarbij individuen verschillende paden volgen en persoonlijke betekenissen toekennen aan hun herstelervaringen.

Maar wat maakt herstel dan mogelijk? Professionele zorg wordt als redmiddel genoemd voor het tegengaan van suïcidaal gedrag (Ten Houte de Lange, 2022). Het verkrijgen van deze hulp daarentegen, wordt tegenwoordig steeds moeilijker gemaakt. De wachtlijsten voor professionele hulpverlening lopen alsmaar hoger op. Steeds meer mensen vragen om psychische hulp, daardoor is er alleen wel een risico dat cliënten die het hard nodig hebben niet op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. In 2022 stonden ruim 80.000 mensen op de wachtlijst voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland (Ten Houte de Lange, 2022). Met het oog op het toenemende aantal suïcidepogingen en de steeds grotere vraag naar psychische hulp, is het van urgent maatschappelijk belang om te onderzoeken welke aanvullende vormen van ondersteuning bijdragen aan het herstel van suïcidale jongeren.

Een andere factor die in onderzoek naar herstel consequent terugkomt is sociale steun. In meerdere studies binnen deze review (Cha et al., 2018) wordt sociale steun genoemd als een beschermende factor tegen psychische klachten en een bevorderende factor bij herstelprocessen rondom suïcidaliteit. Daarnaast kan sociale steun een gevoel van verbondenheid verhogen, wat een belangrijke bevorderende factor is bij herstelprocessen rondom suïcidaliteit (Kleiman et al., 2013). De invloed van sociale steun kan echter variëren afhankelijk van de bron van steun (familie, vrienden of lotgenoten) en hoe de jongeren hier zelf tegenaan kijken. In een eerdere studie wordt gesuggereerd door de onderzoekers dat steun van lotgenoten in sommige gevallen effectiever kan zijn dan steun van familie of vrienden, gedeelde ervaringen leiden immers tot een dieper begrip en meer emotionele validatie (Gilmour et al., 2019). Lotgenoten worden hierbij gedefinieerd als jongeren die zelf ook te maken hebben (gehad) met suïcidaal gedrag. Omdat

sociale steun dus een belangrijke rol speelt in het welzijn van jongeren, is het essentieel om beter te begrijpen hoe dit bijdraagt aan het herstelproces. Inzicht in de rol van sociale steun kan bijdragen aan verbeterde preventiestrategieën en beleid dat zich richt op het versterken van informele netwerken als aanvulling op professionele zorg. Er blijft namelijk ook nog veel onbekend over de manier waarop jongeren informele steunbronnen, zoals familie en vrienden, daadwerkelijk ervaren en benutten (Barker et al., 2005). In veel culturele contexten wordt verbondenheid met de directe omgeving als vanzelfsprekend beschouwd, waardoor er relatief weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van sociale steun op de ontwikkeling en het herstel van jongeren (Barker et al., 2005). Ook is er weinig bekend over hoe ouders en gemeenschappen de hulpbehoefte van jongeren signaleren en definiëren. Uit ander onderzoek blijkt namelijk dat er een hoge prevalentie van ouderlijke onwetendheid is over de suïcidale gedachten van hun kinderen (Hua et al., 2024).

Hoewel er steeds meer aandacht gaat naar mentale gezondheid in het algemeen en steeds meer mensen professionele hulp durven te zoeken, blijft suïcidaliteit nog altijd een beladen onderwerp binnen de samenleving. Het stigma en een algemeen gebrek aan kennis rondom mentale gezondheid verergeren het taboe rondom suïcide (An et al., 2024). Mensen met suïcidale gedachten of een suïcidepoging worden vaak negatief beoordeeld; ze worden gezien als zwak, egoïstisch of niet in staat om hun eigen problemen op te lossen. Deze stigma's leiden tot sociale afstand en schaamte, waardoor mensen geneigd zijn hun gedrag te verbergen. Zowel personen met directe ervaring als hun naasten ervaren vaak zelfstigma, wat gepaard gaat met gevoelens van schaamte en een verminderd zelfbeeld. Dit vormt een belangrijke belemmering voor het zoeken van hulp, en kan het risico op suïcidaal gedrag vergroten (Carpiniello, 2017)

Om het kennistekort, wat betreft de invloed die sociale steun heeft, aan te pakken richt dit onderzoek zich op de volgende vraag: “Wat voor rol heeft de sociale steun van familie, vrienden of lotgenoten gespeeld in het herstel van jongeren tussen de 16 en 22 jaar die suïcidaal zijn of waren?” Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de mate waarin sociale steun een bijdrage levert aan het herstelproces van jongeren die te maken hebben gehad met suïcidale gedachten of gedragingen. Daarbij wordt er niet alleen gekeken naar de aanwezigheid van sociale steun, maar ook naar de bron van deze steun (familie, vrienden of lotgenoten) en hoe de jongeren dit ervaren. Dit onderscheid is belangrijk, omdat verschillende steunfiguren mogelijk een andere impact hebben op het herstelproces. Zo wordt er verwacht dat lotgenoten een groter effect hebben op het herstel dan steun van familie of vrienden, doordat lotgenoten beter in staat zijn om zich in te leven in de ervaringen van de jongeren en een gevoel van begrip en validatie kunnen bieden. Professionele zorg, zoals therapie of medicatie, valt buiten de focus van dit onderzoek, omdat dit een andere vorm van steun betreft. Echter, in de data kan professionele zorg indirect naar voren komen, bijvoorbeeld als aanvulling of beïnvloeding van sociale steun.

Dit onderzoek richt zich specifiek op jongeren tussen de 16 en 22 jaar die een periode van suïcidale gedachten of suïcidepogingen hebben doorgemaakt, maar niet langer in acute crisis verkeren. Deze afbakening is essentieel, omdat het onderzoek zich richt op het herstelproces en niet op acute suïcidepreventie. Herstel wordt hierbij gedefinieerd als dat de jongere zelf ervaart dat hij/zij is hersteld van suïcidaliteit. Dit betekent niet dat alle symptomen of onderliggende problematiek volledig verdwenen zijn, maar wel dat de jongere zelf ervaart dat hij/zij hersteld is. Door deze afbakening wordt een helder kader geboden aan het onderzoek. Op basis van de bestaande literatuur wordt verwacht dat sociale steun bijdraagt aan het herstel van suïcidale jongeren.

Methode

Design

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign, in het specifiek een interviewstudie. Deze keuze sloot aan bij de onderzoeksvraag, waarin werd onderzocht welke rol sociale steun (van familie, vrienden of lotgenoten) speelt in het herstelproces van jongeren die suïcidaal zijn of zijn geweest. De dataverzameling vond plaats via semi-gestructureerde interviews, waarbij jongeren in hun eigen woorden vertelden over hun ervaringen, dieptepunten en momenten van herstel. Deze methode was geschikt om diepgaande vragen te kunnen stellen en persoonlijke informatie te verkrijgen over de beleving van het herstel van suïcide.

Populatie en steekproef

De doelpopulatie voor dit onderzoek bestond uit jongeren tussen de 16 en 22 jaar die in het verleden suïcidaal zijn geweest. Binnen het interview werd hen gevraagd of zij zichzelf als hersteld beschouwen. Het ging dus niet om jongeren die zich in een acute crisissituatie bevinden, maar het ging hierbij om jongeren die bereid waren openlijk te spreken over hun herstelproces, onder andere over de rol die sociale steun daarin speelde. Hierbij konden ze zelf een invulling geven van wat voor hen herstel definieerde.

De steekproef bestond uit 42 jongeren, waarvan bepaalde demografische gegevens (zoals naam, woonplaats, achtergrond) geanonimiseerd zijn om de privacy te waarborgen. Wel is bekend dat alle respondenten tussen de 16 en 22 jaar oud zijn en zichzelf identificeren als man of

als vrouw. Het overgrote deel van deze respondenten is vrouw; slechts 9 van de 42 respondenten identificeert zichzelf als man (21,4%). Bij deze gehele populatie hoort een gemiddelde leeftijd van 19,62 en een standaarddeviatie van 1,75. Voor dit onderzoek waren van de 42 afgenomen interviews slechts 11 interviews beschikbaar ten tijde van de data-analyse. Deze 11 interviews zijn gebruikt in de resultatensectie. Hierbij waren 4 van de 11 respondenten man (36,4%). De gemiddelde leeftijd van deze groep was 20 en de standaarddeviatie 1,34. De range van de respondenten lag tussen de 18 en 22 jaar. De selectie van deelnemers heeft plaatsgevonden op basis van enkele inclusiecriteria. Er waren geen aanvullende specifieke exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- Leeftijd tussen 16 en 22 jaar
- Ervaring met suïcidale gedachten of gedrag in het verleden
- Zichzelf beschouwen als hersteld
- Nederlands
- Een score van lager dan 20 op de Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)

Naast deze criteria was het binnen dit onderzoek belangrijk dat wanneer er binnen een interview gesproken werd over de invloed van sociale steun, deze alleen als relevant werd beschouwd als de steun afkomstig was van familie, vrienden of lotgenoten. Deelnemers werden verworven via sociale media (Instagram) en via middelbare scholen en onderwijsinstellingen binnen het MBO, HBO en WO in Nederland. De steekproef kan worden beschouwd als een vorm van een doelgerichte steekproef (purposive sampling), waarbij specifiek gezocht is naar jongeren die voldeden aan de genoemde criteria. Er was geen sprake van een persoonlijke relatie tussen de interviewer en de deelnemers.

Procedure

Na de werving kregen geïnteresseerden een bericht te zien met een link waarmee ze toegang tot een online vragenlijst kregen. Hierin vulden zij onder andere de Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS; Van Spijker et al., 2014) in, een screeningsinstrument voor het vaststellen van de mate van suïcidale gedachten. Op basis van de score op de SIDAS werden jongeren benaderd voor een telefonisch gesprek, dat door een getrainde onderzoeker (basispsycholoog met ervaring in crisisgesprekken over suïcidaliteit) werd gevoerd. Afhankelijk van de SIDAS-score waren er drie mogelijke uitkomsten van dit telefoongesprek:

- Score 0: Tijdens het telefoongesprek werd het interview ingepland.
- Score 1-20: Tijdens het telefoongesprek werd de SIDAS-score besproken en maakte de onderzoeker een inschatting of het interview kon plaatsvinden of dat doorverwijzing naar passende hulp (zoals huisarts of Stichting 113 Zelfmoordpreventie) nodig was.
- Score 21 of hoger: Tijdens het telefoongesprek werd de suïcidaliteit besproken en werd de jongere met behulp van motivationele gesprekstechnieken gemotiveerd om zelf contact op te nemen met een huisarts of een organisatie zoals 113.

Nadat het telefoongesprek had plaatsgevonden en het was vastgesteld dat deelname aan het interview mogelijk was, werd het interview met de getrainde onderzoeker ingepland. Deze vond plaats in een openbare setting (e.g. een bibliotheek, restaurant, koffiezaak). Elk interview duurde gemiddeld 60 tot 90 minuten en is het afgelopen jaar tussen juni 2024 en maart 2025 afgenomen. Voorafgaand aan elk interview werden de deelnemers volledig geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hun rechten. Er werd in het begin van elk interview expliciet mondelinge toestemming gevraagd en verkregen voor deelname en het opnemen van het

interview. Ook is er aan de hand van een informed consent met een informatiebrief schriftelijke toestemming gevraagd. Daarnaast is deze studie goedgekeurd door de ethische commissie van Pedagogische Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. De interviews werden opgenomen met een audiorecorder en zorgvuldig opgeslagen op een beveiligde schijf van de universiteit, volgens de richtlijnen voor dataveiligheid. Via deze weg kon er op een veilige en vertrouwelijke manier worden omgegaan met de informatie en hebben slechts de mensen die betrokken zijn bij dit onderzoek toegang gehad tot deze gegevens. Hiernaast werden alle transcripten sterk geanonimiseerd waardoor het niet te achterhalen is bij wie het interview is afgenomen. Na het afnemen van de interviews zijn de opnamen van deze interviews getranscribeerd door AI en daarna opnieuw getranscribeerd door studenten die hun bachelorwerkstuk schreven over dit onderwerp. Alle interviews zijn gecodeerd door de getrainde onderzoekers.

Instrumenten

Voor de dataverzameling werden twee belangrijke instrumenten gebruikt. Allereerst een interviewleidraad. Deze bevatte open vragen over verschillende levensgebeurtenissen en het herstelproces. De vragen in de interviewleidraad zijn niet specifiek gericht op de sociale steun maar dit onderwerp kwam wel herhaaldelijk terug in de vragen en antwoorden. Deelnemers werden gevraagd om te reflecteren op de rol van familie, vrienden en lotgenoten, en welke gebeurtenissen hierin een keerpunt vormden. De leidraad is toegevoegd als bijlage, waarbij relevante vragen gemarkeerd zijn (zie *bijlage 1*).

Daarnaast is tijdens het interview gebruikgemaakt van de Suicidal Ideation Attributes Scale (Van Spijker et al., 2014). Deze schaal werd gebruikt om het suïcidale verleden van de

deelnemer kort in te schatten, als context bij het interview. De SIDAS is een gevalideerde vragenlijst die werd gebruikt om de ernst van suïcidale gedachten te meten. De SIDAS bestaat uit vijf items die elk een specifiek kenmerk van suïcidaliteit beoordelen:

- Frequentie van suïcidale gedachten
- Controle over deze gedachten
- Nabijheid tot het ondernemen van een suïcidepoging
- Mate van lijden veroorzaakt door de gedachten
- Impact op het dagelijks functioneren

Elk item werd beoordeeld op een schaal van 0 tot 10. Voor het item over controle werd de score omgekeerd (0 = volledige controle, 10 = geen controle). De totaalscore werd berekend door de scores van alle vijf items op te tellen, dit resulteerde in een bereik van 0 tot 50. Een hogere totaalscore duidde op ernstige suïcidale gedachten. Respondenten die “0 – nooit” antwoorden op het eerste item (frequentie van suïcidale gedachten) sloegen de overige items over en kregen een totaalscore van 0. Bij een totaalscore van 21 of hoger werd er gesproken van een verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Er was sprake van een hoge interne consistentie, met een Cronbach’s alfa van 0,91 in een Australische steekproef van volwassenen (Van Spijker et al., 2014). In een longitudinale studie onder mensen met niet-affectieve psychose werd een Cronbach’s alfa van 0,89 gerapporteerd, ook dit laat blijken van een hoge betrouwbaarheid. De SIDAS diende als relevante achtergrondinformatie voor tijdens het interview.

Er werd gezorgd voor congruentie tussen de kernbegrippen uit de onderzoeksvraag (zoals "sociale steun", "herstel", en "jongeren met suïcidale ervaringen") en de vragen in de interviewleidraad. De meeste interviewvragen zijn afgestemd op deze concepten en boden ruimte

voor persoonlijke verhalen. De betrouwbaarheid van het instrument werd gewaarborgd door gebruik te maken van een vaste leidraad en door de interviews af te laten nemen door interviewers met ervaring binnen dit onderzoeksveld. Daarnaast waren de gesprekken opgenomen en dubbel getranscribeerd voor nauwkeurige analyse. De validiteit werd versterkt door deelnemers zelf te laten bepalen wat zij als herstel beschouwden, waardoor hun perspectief centraal stond in de dataverzameling en er geen eigen conclusies getrokken hoefden te worden getrokken door de onderzoekers.

Analyseplan

De kwalitatieve data werd geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse volgens de stappen van Braun en Clarke (2006). Alle interviews werden getranscribeerd en vervolgens geüpload in ATLAS.ti, een ondersteuningsprogramma voor het coderen van de data. In de eerste fase van de analyse werd per interview gezocht naar betekenisvolle citaten die betrekking hadden op het onderzoeksdoel, deze citaten zijn gecodeerd. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd een selectie gemaakt van codes die specifiek relevant zijn voor het subthema sociale steun, in relatie tot herstel van suïcidaal gedrag. In totaal bleken uiteindelijk 22 codes inhoudelijk bruikbaar voor dit subthema. Vervolgens werden per relevante code de bijbehorende citaten gelezen en geanalyseerd. Hierbij werd gezocht naar overeenkomsten, verschillen en terugkerende patronen binnen de data. Codes met inhoudelijke samenhang zijn gegroepeerd tot hoofdcodes. De codes binnen het subthema sociale steun gaven samen een overkoepelend beeld van hoe jongeren sociale steun ervaren en welke rol deze speelt in hun herstelproces. Om de betrouwbaarheid van de analyse te waarborgen, werden de voorlopige codes en thema's besproken tussen de twee getrainde onderzoekers. Hiermee werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verhoogd door verschillende interpretaties van de data naast

elkaar te leggen. Daarnaast werd tijdens het analyseren voortdurend teruggekoppeld naar de oorspronkelijke data en wetenschappelijke bronnen, die de antwoorden van respondenten ondersteunen. Deze stappen hebben bijgedragen aan de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek.

Resultaten

Voor de resultatensectie is gebruikgemaakt van verschillende codes en citaten. De codes die gebruikt zijn voor de resultatensectie zijn: *Herstelfactor*, *Herstelfactor_acceptatie_anderen*, *Herstelfactor_Coping*, *Herstelfactor_erkenning*, *Herstelfactor_ERV*, *Herstelfactor_INF*, *Herstelfactor_maturiteit*, *Herstelfactor_veranderingomgeving*, *Startpunt herstel*, *Herstelproces*, *Keerpunten herstel*, *HV helpend achteraf_negatief*, *HV helpend achteraf_positief*, *HV helpend tijdens_negatief*, *HV helpend tijdens_positief*, *HV_erkenning*, *HV_luisteren*, *HV_naasten*, *HV_passend*, *Initiatief HV_omgeving*, *Reden HV en Reasons for living*. De volledige codelijst is toegevoegd als bijlage (zie *bijlage 2*). Deze selectie van codes zal in onderstaande sectie worden besproken, waarbij deze voor een beter overzicht zijn onderverdeeld in overkoepelende hoofdthema's, ondersteund door citaten van respondenten. Het eerste thema zal gaan over algemene opvattingen met betrekking tot sociale steun. Gevolgd door de thema's familie, vrienden, lotgenoten en romantische partners.

*De namen van de respondenten zijn geanonimiseerd.

Thema 1: Algemene opvattingen met betrekking tot sociale steun:

Respondenten geven verschillende invullingen aan het begrip herstel en de algemene betekenis aan wat sociale steun voor hen betekent heeft. Het hebben van een sociaal netwerk om je heen blijkt essentieel voor het bijdragen aan herstel. Enkele respondenten zeggen hier het volgende over:

Ik denk dat het natuurlijk heel belangrijk is dat je gewoon een goed netwerk om je heen hebt. Dat mensen je kunnen steunen, in hoeverre zij dat natuurlijk ook kunnen. Maar

gewoon, familie, vrienden om je heen, die ook begripvol zijn en je niet zomaar in de steek laten. (vrouw, 20 jaar)

Mijn vriendin natuurlijk, mijn vrienden en mijn beste vriend ook. Hij zegt ook dat de enige reden dat hij er nog is, is door mij. Dus ik wil er ook echt voor hem zijn dan. En gewoon mijn familie. Dus gewoon de mensen om me heen. (man, 20 jaar)

Veilige sociale omgeving, gezonde coping mechanismen, therapie, zelfregulatie, onder het mom van muziek en schrijven. (vrouw, 22 jaar)

Het hebben van een netwerk is ook belangrijk ná herstel, blijkt uit dit citaat:

Ik heb nu in ieder geval mensen met wie ik kan praten. Ik heb een klein beetje, zeker toen het uitging met mijn ex, dat is nu al twee jaar geleden. We hebben drie jaar relatie gehad, dat is best lang. Toen was ik van oke, ja nu moet ik wel zo'n support team gaan opbouwen voor mezelf. Zodat ik mensen heb en wie kan komen. Want dat is een beetje afhankelijk van mijn ex. En zonder dat zou ik niet gezond zijn. (man, 22 jaar)

Dit citaat laat zien dat het gebrek aan steun heel negatief kan zijn, en soms zelfs oorzakelijk kan blijken voor negatieve gedachten:

Het is.. Het is.. Ik had heel erg het idee dat ik mezelf de depressie in had gedacht.

Achteraf kan ik natuurlijk zien dat ik ook gewoon compleet geïsoleerd was van vrienden en familie en dat levert meestal depressie op (...). (man, 20 jaar)

Hoewel uit dit citaat blijkt dat een sociaal netwerk helpend is, laat het ook enkele gebreken zien.

Soms zijn slechts vrienden op zich niet genoeg zijn voor herstel:

(...) Uiteindelijk heb ik meer aan een psycholoog gehad dan aan een psychiater. Maar uiteindelijk wilde ik gewoon mijn verhaal kwijt. Ik noem het gewoon dat iemand reageerde op hoe ik me voelde. Ik heb wel vrienden die luisteren wel, maar die ga ik niet om advies vragen, zeg maar, om zoiets (...). (man, 20 jaar)

Uit voorgaande citaten blijkt dat verschillende steunfiguren op diverse manieren kunnen bijdragen aan herstel. In de volgende thema's zal specifiek ingegaan worden op deze bronnen van steun en welke rol zij hierin spelen.

Thema 2: Familie

Voor jongeren speelt hun directe sociale netwerk, specifiek familie, een centrale rol in hun herstelproces. Voor sommigen vormt familie een bron van steun en veiligheid. Een respondent zegt hierover:

Ja dus de veilige omgeving, mijn schoonouders, dat zijn echt superlieve mensen. En als er dan iets is, ik praatte er niet zozeer over, maar dat ze dat toch wel even aan geven of met een woordje of zijn trots op je. Dat zijn toch de kleine dingen die ze wel een beetje doen. Waar je je gewoon comfortabel bij voelt. (vrouw, 22 jaar)

De rol van familie loopt echter sterk uiteen tussen respondenten. Anderen beschrijven familie juist als belemmerend en ervaren juist een gebrek aan steun. Zoals deze respondent vertelt:

Nee dus niet fijn. Vooral, het hielp ook niet heel erg dat mijn moeder, die bleef heel erg ontkennen, dat ik autisme zou hebben. Ik was gewoon hoog gevoelig en ik was een emotioneel meisje. Ja waar komt dat dan vandaan? Autismen. Dat was, dat hielp echt niet. (vrouw, 21 jaar)

Andere voorbeelden laten juist wel weer een ondersteunende rol van familieleden zien. Deze respondent beschrijft in de volgende citaten de steun van haar broer en de veranderende communicatie met de ouders:

Ja mijn broer heeft heel veel voor mij gedaan op het moment dat ik het heel zwaar had. Ik mocht bij hem op zijn kamer slapen. Dan lag ik samen met hem. Dan voelde ik me minder alleen. En dan wist ik gewoon dat ik mezelf niks aan kon doen. (vrouw, 18 jaar)

Nou met mijn persoonlijke begeleider praat ik er heel veel over. Maar ik heb ook nu ook gewoon echt wel geleerd dat ik daar ook gewoon met mijn ouders over kan praten. Dat het ook gewoon aan tafel kan. Tijdens het eten. En dat het niet altijd zo'n zwaar beladig gesprek hoeft te zijn. (vrouw, 18 jaar)

Tot slot benoemt ook een andere respondent de veranderende communicatie met de ouders. Het betrekken van familie gebeurde pas laat. Echter wel met positief resultaat:

Nu wel ja, zeker, ja ja zeker. Maar dat heeft ook te maken met dat ik eerder niet eerlijk, of niet open was, hè dus dan liet je het niet toe. Dus dan weet de omgeving ook niet wat ermee moet en dat heeft me wel van therapie, dat heeft lang geduurd dat ik mijn omgeving erbij betrok, maar dat heeft wel heel erg geholpen. Dat je niet de enige bent ja. (vrouw, 20 jaar)

Niet alleen is de steun en het betrekken van familie belangrijk maar ook wordt het genoemd als factor om te willen blijven leven, overigens ook bij deze persoon ingezet binnen de therapie:

En ik had ook zoiets van, dat was wel serieus, weet je. En uiteindelijk kwam ook mijn systeemtherapeut, met het berichtje van, maar wat als je broertje er niet meer is. De enige

reden dat ik op dat moment door wilde gaan, was op dat moment mijn broertje. (vrouw, 18 jaar)

Deze citaten laten zien dat het betrekken van familieleden op verschillende manieren kan gaan. Zo valt er te lezen dat variatie bij de respondenten te zien is in de mate van betrokkenheid en snelheid waarin ze hun familie willen of kunnen betrekken.

Thema 3: Vrienden

Vriendschappen komen naar voren als een belangrijke factor in het herstelproces. Zo blijkt uit de volgende citaten dat met name afleiding van negatieve gedachten een waardevol aspect uit vriendschap geweest is. Twee respondenten zeggen hier het volgende over:

Mijn vrienden die zijn ook heel steunend geweest. Alleen die konden niet heel veel voor mij doen, want ze hadden geen idee waar ik doorheen ging. Maar ik kon wel altijd even een sigaretje doen of even dom praten. Dus dat hielp ook wel heel erg. Gewoon eigenlijk de omgeving waar ik veilig voelde en thuis voelde. (vrouw, 22 jaar)

Afleiding. En ook als je mensen om je heen hebt die er vrijwillig voor kiezen om met je om te gaan, dan geeft dat ook wel weer een goed gevoel eigenlijk. Dus dat heeft wel het meest geholpen. (vrouw, 21 jaar)

Een andere respondent benadrukt dat verandering van de sociale omgeving enorm heeft bijgedragen aan de mogelijkheid tot herstel. De nieuwe context bood deze respondent de mogelijkheid om sociale verbindingen aan te gaan en een ondersteunende vriendengroep te vormen:

Oke sowieso hielp het heel erg dat ik ging verhuizen, op mezelf ging. En hier wel echt een veel betere sociale groep om me heen kreeg, met wie ik interesses deelde (...). (man, 22 jaar)

Vriendschappen kunnen bijdragen aan gezelligheid, net zoals bij afleiding is het een manier om minder bezig te zijn met negatieve gedachten. Zo heeft bij deze respondent een eerste, vriendschappelijk, contact geleid tot steun:

Nou er kwam eigenlijk de eerste dag iemand naar me toe en die stelde zich voor aan mij, en toen zei je ja, ik ben al de hele dag naar je aan het kijken, want je bent zo cool, je ziet er zo cool uit, ik wil echt vrienden met je worden, en toen heb ik dat gedaan. En toen ben ik in een vriendengroep gekomen met een aantal mensen. En ja, het was eigenlijk heel gezellig op school, elke dag met hun. (man, 19 jaar)

Een iets concreter voorbeeld van een andere respondent, benadrukt in de volgende twee citaten het belang van sociale vaardigheden en feedback uit de omgeving. Het laat echter wel zien, maar dan anders verwoord, dat hij veel heeft gehad aan het hebben van vrienden:

Ik denk ook echt dat mijn sociale skills me echt wel geholpen hebben zeg maar.. Want anders had ik geen vrienden gehad weet je. (man, 20 jaar)

Ja er waren echt momenten waarop ik echt bang was dat ik weer terug aan het vallen was en dat wat het echt hielp was gewoon een hele hoop mensen om me heen die mij erop wezen hoeveel ik al gegroeid was in de periode. Want dat, dat heb je zelf niet door. En gewoon mensen die je vertellen van ja nee maar vergeleken met een jaar geleden ben je een ander persoon. (man, 20 jaar)

Ook in acute situaties spelen vrienden een actieve rol in steun. Zo deelt een respondent een voorbeeld van een suïcidepoging en de pro-actieve rol die zijn vrienden daarin speelden:

Een vriendin van mij die zat veel verderop in (plaatsnaam), die zou mijn locatie in de gaten houden, want die hadden al wel vaker door van het gaat niet helemaal goed. Dus toen ik uit werk kwam, toen had zij mijn vrienden gebeld van het feestje verderop. En die kwamen toe allemaal massaal ernaartoe. (man, 20 jaar)

Thema 4: Lotgenoten

Lotgenotencontact is een veelbesproken bron van steun en komt in de resultaten ook herhaaldelijk terug als waardevolle factor. Met name het stukje herkenning wordt hierin benoemd als steunfactor:

Ja ik heb gewoon gemerkt dat als je gewoon lotgenotencontact hebt, dat er, ja natuurlijk is er niet iemand die precies hetzelfde heeft meegemaakt. Maar dat je wel heel veel erkenning in elkaar hebt. Dus wat ook in de kliniek was, dat als bijvoorbeeld iemand iets vertelde ofzo, iedereen had er wel ergens herkenning in. En daar hadden we dan een speciaal handgebaartje voor, dus dan was het zo dat je herkenning had. (vrouw, 20 jaar)

Het lotgenotencontact. Dat je ja echt het gevoel had dat ze naar je luisterde en dat het niet zo snel mogelijk, dat ze je weer... door inderdaad. Want ik had af en toe het gevoel van, we willen het graag afsluiten. Dan dacht ik, ja jullie willen het graag afsluiten, zeg maar. Dat had ik dan wel eerder bij dat het heel erg bezig was gewoon van ja, het boekje is klaar, we zijn klaar. Maar ik, ja ik voelde me nog steeds kut, dus het was heel fijn dat ze daar gewoon de tijd voor namen, ja. (vrouw, 20 jaar)

Ja. Na 2 weken was ik dan van oké, ik geef me maar gewoon over aan de behandeling, en doe het maar gewoon. En uiteindelijk is dat... ja wel mijn redding geweest. Omdat ik daar heel erg heb geleerd mijn verantwoordelijkheid te nemen. En weer perspectief te creëren. En het lotgenotencontact heeft me heel goed gedaan. Dus dat heeft me er wel echt weer bovenop geholpen. (vrouw, 20 jaar)

*deze citaten zijn afkomstig van drie verschillende participanten wiens leeftijd 20 jaar is en het geslacht vrouw. Het gaat hier dus niet om dezelfde persoon.

Thema 5: Romantische partner

De rol van romantische partners is een factor die nog niet eerder expliciet besproken is maar bij meerdere respondenten naar voren komt. Zo vertelt een respondent: "maar uiteindelijk, toen ik mijn vriendin kreeg, ben ik langzaam uitgekomen. En nu voel ik me top eigenlijk." (man, 20 jaar)

Ook deze respondent verwijst naar steun vanuit een beginnende relatie:

En ietsjes later, toen ging het al wel wat beter, maar toen kreeg ik contact met waar ik dan, dat is dan nu mijn partner, maar toen waren we bevriend en dat heeft ook wel geholpen. Gewoon haar openheid en ze heeft zelf ook wel shit periodes dus dat herkent ze wel (...). (vrouw, 20 jaar)

Niet alleen biedt het steun maar kan het ook mensen aanzetten tot het zoeken van professionele hulp: "ik kreeg ook een relatie en mijn ex had me daarvoor wel gepusht om in therapie te gaan. Dus ik ging ervoor in therapie." (man, 22 jaar)

Uit deze citaten komt naar voren dat ook een relatie kan bijdragen tot herstel. Zo valt er af te lezen dat een nieuwe relatie als startpunt van herstel kan dienen, zowel binnen de eigen band die er gecreëerd wordt als tot het aansporen van hulp zoeken bij anderen.

De algehele resultaten laten zien dat jongeren verschillende vormen van sociale steun ervaren tijdens hun herstelproces en deze ook soms als reden geven te willen blijven leven. De thema's maken duidelijk welke vormen van steun als helpend worden ervaren, waar knelpunten liggen en hoe deze steun bijdraagt aan het omgaan met suïcidale gedachten of eerdere pogingen. Deze inzichten vormen de basis voor de discussie en conclusie.

Discussie en conclusie

Dit onderzoek had als doel om te achterhalen welke rol sociale steun van familie, vrienden of lotgenoten speelt in het herstel van jongeren tussen de 16 en 22 jaar die suïcidaal zijn of waren. De resultaten laten overtuigend zien dat sociale steun, van verschillende steunfiguren, een belangrijke rol speelt in het herstelproces. Tegelijkertijd blijkt uit de bevindingen dat de werking van steun sterk afhankelijk is van de relatie en de mate van erkenning.

Familie blijkt steunend te zijn, maar kan ook juist belemmerend of afwezig zijn, zeker wanneer er sprake is van onbegrip of het ontkennen van psychische klachten. Sommige jongeren kiezen er daarom bewust voor hun familie niet bij het herstel te betrekken, blijkend uit de resultaten. Een onderzoek van Hua et al., (2024) toont aan dat er een hoge prevalentie van ouderlijke onwetendheid is over suïcidale gedachten bij hun eigen kinderen, slechts 50% van de ouders wist van de suïcidale gedachten van hun kind. Dit terwijl juist het betrekken van familie wordt genoemd als een krachtig ondersteuningsmiddel. De redenen voor het niet betrekken van de ouders lopen in de resultaten van de huidige studie uiteen, maar hadden vaak te maken met eerdere negatieve ervaringen of de overtuiging dat familie het toch niet zou begrijpen. Een uitgevoerd spoedonderzoek naar acute stressfactoren en behoeften van jongvolwassenen uit Nederland liet eerder al zien dat de meeste jongvolwassenen met suïcidale gedachten stress of problemen ervaren, waarbij familie- en/of gezinsproblemen als één van de grootste oorzaken werd genoemd voor het overlijden van deze jongeren (Elzinga et al., 2023).

Vriendschap en het überhaupt hebben van vrienden, blijkt uit de resultaten een zeer waardevolle factor voor het herstel te zijn. Hoewel vriendschap niet zozeer als doorslaggevend wordt benoemd voor herstel, blijkt het wel te helpen als afleiding tegen negatieve gedachten.

Jongeren met suïcidale gedachten hebben vaak weinig sociaal contact, maar het contact wat ze hebben wordt genoemd als een bevorderende factor in onderzoek van Skou Storm et al. (2025). Deze recente studie laat zien dat in de weg naar herstel vaak nieuwe vriendschappen worden opgebouwd, die bevorderend zijn voor het herstelproces. Uit de resultaten in de huidige studie blijkt dat (nieuwe) vriendschappen vaak in combinatie zijn met lotgenootschap, wanneer ze elkaar bijvoorbeeld leren kennen in therapie.

Dit lotgenotencontact wordt door de deelnemers van de huidige studie als uitermate betekenisvol ervaren. In vergelijking met familie (en vrienden zonder suïcidale gedachten) ervaren jongeren bij lotgenoten opvallend meer erkenning, begrip en gelijkwaardigheid. Ze voelen zich gehoord zonder oordeel en herkennen zichzelf in de verhalen van anderen. Deze bevinding ondersteunt de hypothese uit de literatuur dat lotgenoten zich beter kunnen inleven in de ervaringen van jongeren met suïcidale gedachten en daardoor effectiever kunnen bijdragen aan herstel, gedeelde ervaringen leiden immers tot een dieper begrip en meer emotionele validatie (Gilmour et al., 2019).

Een interessante bevinding binnen dit onderzoek is de duidelijke rol die een romantische partner kan spelen in het herstelproces. Deze vorm van sociale steun wordt in eerdere literatuur nog relatief beperkt onderzocht, zeker in vergelijking met familie of vriendschap. Toch tonen zowel de huidige resultaten als enkele recente studies aan dat romantische relaties van betekenis kunnen zijn voor het psychisch welzijn van jongeren. Carter et al. (2024) onderstrepen het belang van verder onderzoek naar de rol van romantische partners in suïcidepreventie. Ook Till et al. (2016) geven aan dat risicofactoren voor suïcide hoger zijn bij mensen die single zijn dan bij mensen in gelukkige relaties. Respondenten die aangaven veel onopgeloste conflicten te hebben met hun partner rapporteerden echter meer suïcidale gedachten, hopeloosheid en depressie (Till

et al., 2016). Dit benadrukt dat niet alleen de aanwezigheid van een partner, maar ook de kwaliteit van de relatie van belang is. Uit de resultaten van de huidige studie blijkt dat een romantische partner veel steun kan bieden of aan kan sporen tot het zoeken van hulp.

Daarnaast blijkt dat de grenzen tussen verschillende vormen van sociale steun in de praktijk vaak vervagen of kunnen overlappen. Vrienden kunnen fungeren als lotgenoten, lotgenoten als romantische partner, en binnen families kunnen rollen wisselen afhankelijk van de situatie. Deze dynamiek bevestigt dat herstelprocessen niet-lineair en veranderlijk kunnen zijn. Er zijn meerdere sociale en maatschappelijke factoren die een rol spelen in herstel en dat benadrukt des te meer dat herstel van suïcidaliteit niet alleen in de behandelsetting of op individueel niveau moet plaatsvinden. De resultaten in de huidige studie laten daarnaast zien dat proactieve hulpverlening niet alleen mogelijk is, maar ook een waardevolle bijdrage kan leveren. Het vragen en bieden van steun kan vanuit beide kanten komen.

Hoewel vrijwel alle respondenten aangeven baat te hebben gehad bij professionele hulp, wordt informele steun als waardevolle aanvulling ervaren. Gezien de lange wachttijden voor professionele hulp of in periodes waarin formele hulp minder van invloed op het herstel is, blijkt sociale steun uit de directe omgeving een belangrijke overbrugging of vorm van afleiding. Dit sluit aan bij inzichten uit meerdere studies in de review van Cha et al. (2018). Hierin wordt sociale steun genoemd als een beschermende factor tegen psychische klachten en een bevorderende factor bij herstelprocessen rondom suïcidaliteit. Dit blijkt ook uit enkele citaten in de resultatensectie, waarin het betrekken van naasten wordt aangedragen door professionele hulp. Bovendien wordt binnen de richtlijn “Suïcidaliteit” het actief betrekken van naasten aangeduid als één van de vier centrale handelingsprincipes voor goede zorg van personen met suïcidaliteit (Richtlijndatabase, z.d.). Wanneer dit niet gebeurt kan de suïcidale persoon het

gevoel hebben anderen vooral tot last te zijn. Om naasten niet nog meer te belasten vermijdt hij of zij openheid over suïcidale gedachten en intenties (Bontius en Kerkhof, 2021). Dit veroorzaakt een emotioneel en sociaal isolement.

Ondanks dat deze bevindingen alvast waardevolle inzichten bieden in het herstelproces van suïcidale jongeren, is het belangrijk ook de focus te leggen bij enkele inhoudelijke en methodologische beperkingen binnen dit onderzoek. De data zijn afkomstig uit secundaire interviews die oorspronkelijk zijn afgenomen met een breder doel dan alleen sociale steun. Zoals te zien is in de interviewleidraad (zie *bijlage 1*) gaan de gestelde vragen niet direct over het onderwerp sociale steun, waardoor sommige steunfiguren mogelijk onderbelicht of slechts oppervlakkig besproken worden. Daar hoort ook bij dat de interviews niet door de onderzoeker zelf zijn afgenomen, waardoor er minder controle is over de inhoud en richting van de gesprekken. Daarnaast is er sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwelijke respondenten; ervaringen van jongens of non-binaire jongeren worden hierdoor mogelijk onderbelicht. Dit draagt niet bij aan de representativiteit van het onderzoek. Tegelijkertijd zijn er binnen dit onderzoek ook duidelijke sterke punten. Zo heeft de kwalitatieve benadering, waarin jongeren in hun eigen woorden over hun herstelervaringen spreken, gezorgd voor diepgaande data. Door jongeren zelf aan het woord te laten, biedt het onderzoek bovendien ruimte aan perspectieven die in kwantitatieve of beleidsgerichte studies vaak onderbelicht blijven. Ook biedt het onderzoek een brede kijk op sociale steun en verschillende steunfiguren. Daarnaast is de betrouwbaarheid en validiteit van de analyse versterkt door het toepassen van meervoudige codering en door gebruik te maken van member checks. De bevindingen in deze studie zijn daarmee relevant voor verder onderzoek en aanbevelingen in de praktijk.

Voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen om jongeren specifiek te interviewen over sociale steun, wat voor hen daarin wel en niet als werkend wordt ervaren. Daarbij is het waardevol om de rol van romantische partners expliciet mee te nemen in vragenlijsten of kwalitatieve interviews, omdat deze steunvorm in de praktijk een belangrijke maar onderbelichte rol speelt. Voor de praktijk betekent dit onderzoek dat sociale steun niet alleen moet worden gezien als een aanvulling op professionele hulp, maar ook als een hulpmiddel op zichzelf. Zeker gezien de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren, kan het van grote waarde zijn om informele steunfiguren te erkennen, te stimuleren en eventueel zelfs te trainen. Bij het trainen kan gedacht worden aan extra voorlichtingen op school of op het werk van ouders, zoals over het leren stellen van de juiste vragen en het ondersteunen zonder oordeel. Bij het denken aan dit soort trainingen is eerder al gekeken naar enkele initiatieven. In het verleden is onderzoek gedaan naar een ‘Gatekeeper Training’ (Holmes et al., 2019). Gatekeepers zijn personen in de informele sociale omgeving (zoals familie, vrienden, docenten) die worden opgeleid om signalen van suïcidaliteit te herkennen en ondersteuning te bieden. Uit het onderzoek van Holmes et al. (2019) bleek dat Gatekeeper Training (GTK) effectief was als methode voor suïcidepreventie op de korte termijn. Over de lange termijn effectiviteit is minder bekend. Vervolgonderzoek door ervaringsdeskundigen zou kunnen bijdragen aan een bredere inzet van de GTK. Een ander onderzoek van Pickering et al. (2018) benadrukt het belang van sociale netwerken bij suïcidepreventie onder jongeren. In deze studie bleek dat jongeren die nauwer verbonden waren met getrainde ‘peer leaders’ en meer vertrouwde volwassenen op school kenden, meer in aanraking kwamen met preventieve boodschappen. Dit wijst erop dat niet alleen professionele hulp, maar ook fijne sociale netwerken een belangrijke beschermende rol kunnen spelen. Familie, vrienden, lotgenoten en partners kunnen zeker niet alle

verantwoordelijkheid dragen, maar wel bijdragen aan herstel, mits zij hierin betrokken worden door de jongere die suïcidaal is.

Concluderend laat dit onderzoek zien dat sociale steun een fundamentele rol speelt in het herstel van suïcidale jongeren, maar dat deze steun per individu zeer verschillend is. Niet elke vorm van steun is per definitie helpend. Herstel blijkt een sociaal proces waarin vooral erkenning centraal staat. De mogelijkheid tot herstel ligt dan ook niet uitsluitend bij de jongere zelf, maar in de relaties waarin de jongere zich veilig voelt.

Referentielijst

- An, S., Lee, H., & Lee, J. (2024). How people react to suicidal ideation: The effect of suicide literacy, suicide stigma, and expressive suppression. *Journal of Clinical Psychology*, 80(8), 1949–1961. <https://doi.org/10.1002/jclp.23703>
- Ati, N. A. L., Paraswati, M. D., & Windarwati, H. D. (2020). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 7–18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315–336. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2005.17.4.315>
- Bontius I, Kerkhof A. Samenwerking hulpverleners, naasten en cliënten met suïcidaal gedrag-noodzaak en mogelijkheden. Ivonne van de Ven Stichting. https://ivonnevandevenstichting.nl/site/assets/uploads/Artikel_Samenwerking-met-naaste_n_SPC_10-september-2021_def.pdf
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>

- Carter, S. P., Cobb, E., Novak, L. A., Ekman, E., Ton, A., LaCroix, J. M., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2024). The importance of romantic relationships in preventing suicide. *Journal of Family Theory & Review*.
<https://doi.org/10.1111/jftr.12559>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2025, 22 mei). 1 849 zelfdodingen in 2024.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/21/1-849-zelfdodingen-in-2024>
- 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>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut.
<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af0898-nemesis-2-de-psychische-gezondheid-van-de-nederlandse-bevolking.pdf>
- Elzinga, E., Heesen, K., Schieren, L., Van Eijk, N., & Gilissen, R. (2022). *Suicide onder jongvolwassenen tussen 20-30 jaar: Een spoedonderzoek*.
- GGZ Standaarden. (2024). *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*.
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_e8662e4b-592e-4a23-8b3f-699541b89d3e_diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag__authorized-at_22-02-2018.pdf

- Gilmour, L., Maxwell, M., & Duncan, E. (2019). Policy addressing suicidality in children and young people: an international scoping review. *BMJ Open*, 9(10), e030699.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030699>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 25(2), 177–207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>
- Hua, L. L., Lee, J., Rahmandar, M. H., & Sigel, E. J., COMMITTEE ON ADOLESCENCE, & COUNCIL ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. (2024). Suicide and suicide risk in adolescents. *Pediatrics*, 153(1), e2023064800.
<https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>
- Lee, J. L. (2023). A comparison of genetic versus non-genetic contribution of serotonin to suicide. *Science Insights*, 43(1), 995–1002. <https://doi.org/10.15354/si.23.re611>
- Lewin, C. D. C., Leamy, M., & Palmer, L. (2024). How do people conceptualize self-harm recovery and what helps in adolescence, young and middle adulthood? A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical psychology*, 80(1), 39–64.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23588>

- Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859. <https://doi.org/10.3390/jcm9092859>
- Millner, A. J., Lee, M. D., & Nock, M. K. (2017). Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 353–369. <https://doi.org/10.1111/sltb.12284>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2023). *Zelfdoding grootste doodsoorzaak bij jeugd*. Utrecht. © Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/nieuws/zelfdoding-grootste-doodsoorzaak-bij-jeugd>
- Pickering TA, Wyman PA, Schmeelk-Cone K, Hartley C, Valente TW, Pisani AR, Rulison KL, Brown CH and LoMurray M (2018) Diffusion of a Peer-Led Suicide Preventive Intervention Through School-Based Student Peer and Adult Networks. *Front. Psychiatry* 9:598. [doi: 10.3389/fpsy.2018.00598](https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00598)
- Richtlijndatabase. (z.d.). *Suïcidaliteit – Handelingsprincipes*. Federatie Medisch Specialisten. Geraadpleegd op 4 juni 2025, van <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaliteit/handelingsprincipes.html>
- Skou Storm, I. M., Ulstrup Smedemark, R. A. M., Holen, M., Hybholt, L., Austin, S. F., Simonsen, E., ... Berring, L. L. (2025). The Meaning of Friendships in the Mental Health Recovery of Young Adults—A Thematic Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 46(1), 47–57. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2424767>

Ten Houte de Lange, S. (2022). 'Er zijn nog 80.000 wachtenden voor u'. *Zorgvisie*, 52, 42–45.

<https://doi.org/10.1007/s41187-022-1213-0>

Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2016). Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000407>

Van Spijker, B.A.J., Batterham, P.J., Calear, A.L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J. & Kerkhof, A.J.F.M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44 (4), 408-419.

Bijlagen

Bijlage 1. Interviewleidraad

Individueel interview met jongeren over suïcidaliteit en hoe zij daar uit raken.

Voorafgaand aan inclusie uitvragen:

Leeftijd
Telefoonnummer
Email adres

SIDAS *screeners*: > 20 bellen met een kort motiverend gesprek. Als er nog geen hulp is/omgeving is niet op de hoogte van suïcidaliteit, motiveren naar verdere zorg. Postdoc-onderzoeker Mandy Gijzen voert een motivatiegesprek met de deelnemers om de deelnemer kennis te laten maken met een bureau zoals 113 zelfmoordpreventie of Pratenonline, waar ze behandeling of therapie kunnen vinden voor hun mogelijke suïcidaliteit. Naast haar werk als onderzoeker en interviewer in dit project heeft postdoc-onderzoeker Mandy Gijzen ervaring met het werken als vrijwilliger voor 113 zelfmoordpreventie

Oefening ter voorbereiding aan het interview:

Oefening levenslijn: Deze eerste activiteit wordt een levenslijn genoemd. We gaan een lijn tekenen die uw leven vertegenwoordigt. Deze lijn begint toen u werd geboren en gaat tot aan de dag van vandaag en hoe u zich nu voelt.

U hebt hiervoor 3 lijnen.

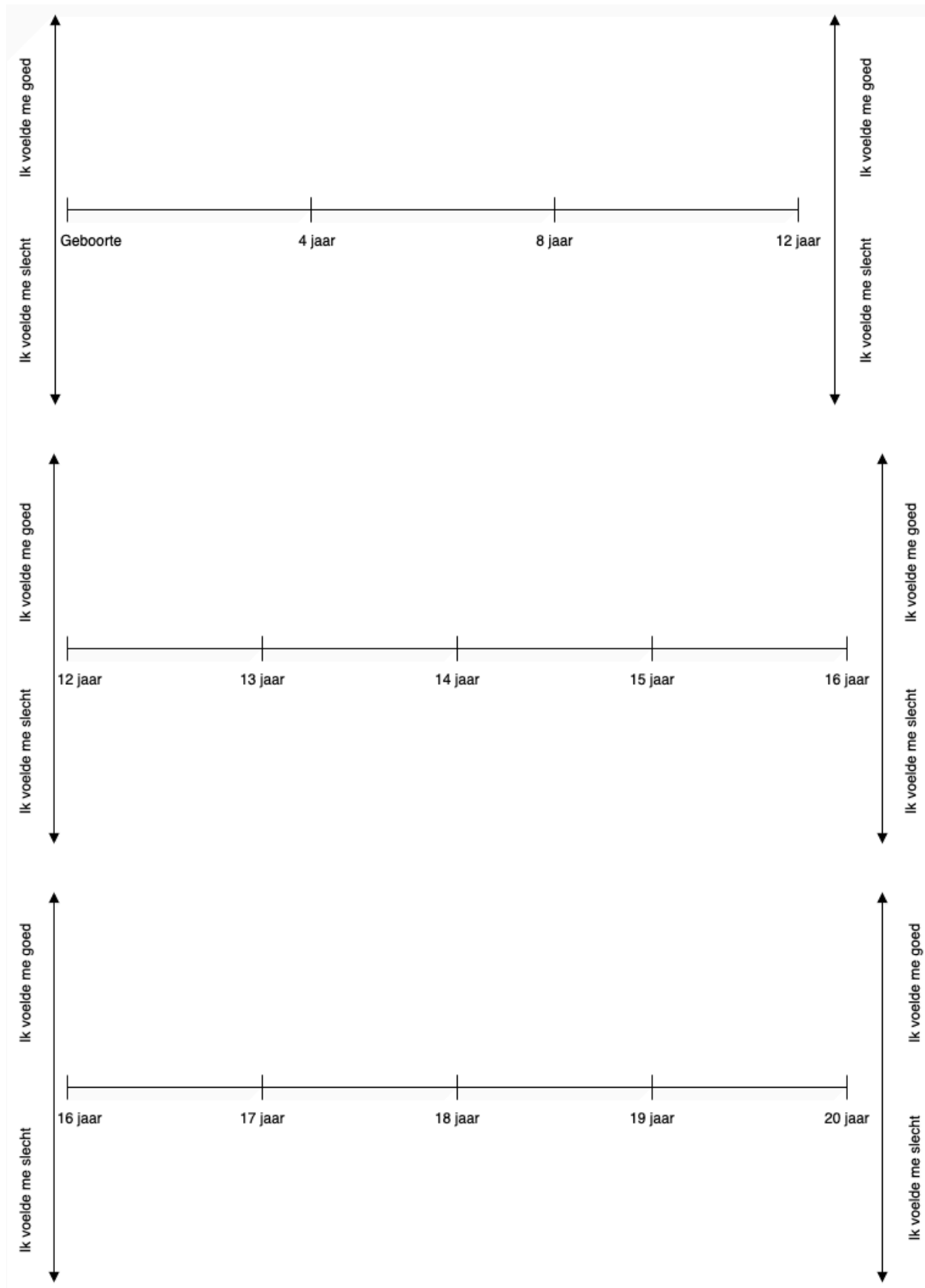
1. De eerste lijn is van uw geboorte, totdat u 12 jaar oud was.
2. De tweede lijn is van 12 jaar oud tot u 16 jaar oud was.
3. De derde lijn is van 16 jaar oud tot hoe oud u nu bent (maximaal 20 jaar oud).

U tekent op deze lijn een lijn over u zich voelde op dat moment in uw leven. Deze lijn moet omhoog gaan als het een periode was waarin u zich goed voelde en naar beneden als het een slechte tijd in uw leven was / u zich op dat moment slecht voelde. Deze lijn bespreken we tijdens het interview.

Om het voor uzelf makkelijk te maken, kunt u af en toe een belangrijke gebeurtenis toevoegen. Dit mogen fijne, minder fijne of neutrale gebeurtenissen zijn. Bijvoorbeeld uw 1e dag naar school (basisschool is meestal met 4 jaar oud, en middelbare school is meestal als u 11 of 12

bent), een overlijden, of een verhuizing. Denk hierbij in het bijzonder ook aan de periode dat u aan zelfdoding dacht of een zelfmoordpoging deed en de periode van daarna dat het beter ging.

* Deelnemer gebruikt onderstaande diagram om bovenstaande oefening te kunnen doen. Deze diagrammen ontvangt de deelnemer vooraf online, deze zijn dan in groter formaat beschikbaar.



Inleiding interview:

De bedoeling van het interview is om een beeld te krijgen van suïcidaliteit en hoe je er overheen komt / bent gekomen en welke factoren daaraan bijdragen. Er worden daarom vragen gesteld over suïcidale gedachten, gevoelens en handelingen.

❖ Mogelijk kan iemand niet alle vragen beantwoorden en dit is niet erg, elke informatie is bruikbaar.

❖ Het interview kan elk moment stop worden gezet, ook kan er een pauze worden ingelast wanneer nodig.

❖ De structuur van het interview verloopt als volgt:

We beginnen met een korte intro en de ijsbreker. Daarna zal ik eerst wat vragen stellen over uw zelfmoordgedachten en/of pogingen. We willen hier graag kort een beeld van vormen, maar vervolgens gaan we meer in op over hoe je over de suïcidaliteit heen bent gekomen en veerkracht. Hier zal het grootste gedeelte van het interview over gaan.

! Niet vergeten !

- Aangeven dat het gesprek wordt opgenomen en audio opname starten met behulp van voicerecorder.
- Ik zal af en toe ook wat notities maken, maar het gesprek wordt opgenomen.

Nadat audio opname is gestart:

❖ Nogmaals toestemming vragen dat het oké is dat wij dit interview starten en opnemen.

Ijsbreker om elkaar beter te leren kennen

- Opdracht "Voorwerp meenemen vanuit thuis": Neem een voorwerp, filmpje of screenshot/foto naar het interview mee van iets dat jou dierbaar is voor u.
- Voor degene die die bovenstaande opdracht is vergeten of niet aan toegekomen is: Pak een voorwerp uit uw tas, welke heeft u gepakt en waarom is die belangrijk voor u?

Algemeen

- Hoe wil u aangesproken worden tijdens het interview? (zij/haar/hen/hem etc).
- Hoe is het voor u om hier nu te zijn?
- Wat zijn uw verwachtingen over dit interview?
- Eerst: onderzoeker vertelt iets over zichzelf. Hierna: Kunt u kort iets vertellen over uzelf/wat u doet? (bijv. opleiding, werk, of wil u iets anders kwijt?). > *optioneel: evt. bespreken met jongeren of ergens nog rekening mee gehouden moet worden tijdens de bijeenkomst (bijv. zijn er dingen die zij niet prettig vinden - en hoe kunnen zij dit aangeven).*

Check of levenslijn oefening is gelukt

- Voor degene die de bovenstaande levenslijn-opdracht is vergeten of niet aan toegekomen is: geef de deelnemer 10 minuten om de oefening alsnog in te vullen.

Topiclijst

Kun je me iets vertellen over het gezin waarin je opgegroeid bent? Hoe was het voor jou thuis?

Ervaring en emoties rond suïcidaliteit in verleden

1. U heeft aangegeven vroeger last te hebben (gehad) van zelfmoordgedachten, wanneer kreeg u voor het eerst last van deze gedachten? Kun je deze perioden aangeven of de levenslijn die je hebt getekend. Hoelang zijn die gedachten gebleven?
 - Hoe voelde u zich toen, in die periode?
 - Waar had het mee te maken, denk u, die gedachten?
 - Wat was er voor U in die periode zó pijnlijk dat U aan zelfmoord dacht?
 - Wat waren/zijn triggers voor U om aan zelfmoord te denken? Welke trigger(s)?
2. Heeft u ooit een poging gedaan om uit het leven te stappen?
 - Hoe is dat gegaan, wat ging er door u heen?
 - Op een schaal van 0-10 hoe zeker was u ervan dat u op dat moment zelfmoord wilde plegen?
3. Zijn er ook mensen in uw omgeving die aan suïcide denken of zichzelf verwonden? Wie? Wat zij doen of denken hierover, is dat van invloed op u?

Overgang naar positieve:

4. Had u in die periode van u zelfmoordgedachten nog hoop dat het in de toekomst ooit beter zou gaan. Zo ja, kunt u vertellen hoe dit er voor u uitzag? Zo nee, wat maakte dat u in die periode alle moed verloor?
5. Waren er ook periodes dat het beter ging?
 - Kunt u deze aangeven op de levenslijn die u hebt getekend.
 - Wat hield u uiteindelijk tegen/ waarom twijfelde u?

Herstelproces in kaart brengen

Door u op te geven voor dit onderzoek beschouwt u uzelf als hersteld en heeft u minimaal 1 jaar geleden last gehad van zelfmoordgedachten. Ik wil nu graag wat vragen stellen over herstel.

Herstelconcept in kaart brengen

6. {aansluiten bij hoe zij herstel noemen}. Hoe ziet het er nu voor jou uit?
 - Hoe zou jij dit omschrijven?
7. Wat betekent voor u herstel of hersteld zijn?
 - Gaat herstel enkel over uw gedachten aan zelfmoord, of het doen van een poging of ziet u dit breder dan dat?
 - Later pas vragen naar de term herstel

Vragen of ze de levenslijn erbij kunnen nemen.

Bij onderstaande vragen aansluiten bij hun woorden voor “herstel”

8. Kunt u op de levenslijn aangeven wat voor u het moment was dat u {beter was, eroverheen was, hersteld was, of uzelf als hersteld beschouwde}?
 - Was dit een geleidelijk proces? Ging het met pieken en dalen?
 - Kunt u mij meenemen in het verloop van {uw herstel}? Wanneer begon het (uitleg vragen wat er speelde)?
9. Wanneer dacht u veel minder aan zelfdoding?
 - Op welk moment wilde u geen of veel minder vaak een einde meer maken aan uw leven?
 - Kwamen deze gedachten later nog terug of bleef dit continu weg?
10. Wat waren keerpunten die een belangrijke positieve verandering aangeven in jouw proces?
 - Was er bijvoorbeeld een belangrijk evenement dat een impact had op u? Dacht u na een bepaalde gebeurtenis in uw leven ineens anders over hoe u eerst dacht over zelfdoding of over uzelf?
 - Wat was voor u de voornaamste reden om iets te doen aan de zelfmoordgedachten of om het proces van herstellen te beginnen?
 - i. Was dit een bewuste keuze, kreeg u hierbij hulp?
 - Hoe verliep dit? Kun je daar iets meer over vertellen.
11. Gedachten aan zelfdoding of het doen van een zelfmoordpoging fluctueren natuurlijk: geldt dit ook voor hen en is er misschien nu nog sprake van (toelichten dat we het interview dan niet stoppen)?

12. Wanneer voelde herstel voor u als een optie/ als iets dat mogelijk was?
- Waarom? Wat maakte dat die periode dat zo maakte? Kunt u daar wat meer over vertellen?
13. Hoe bent u nu nog bezig met uw gedachten aan zelfdoding / de zelfmoordpoging en het herstel (blijft dit een actief proces)?

Herstelfactoren in kaart brengen

14. Wat heeft of welke dingen hebben u geholpen om te herstellen?
- Denk hierbij aan onderscheid tussen personen, situatie/gebeurtenissen, instanties?
 - Op welke manier hebben deze zaken u geholpen om te herstellen? Waren dit zaken die jij of iemand anders zelf hebt veranderd? Of droegen deze gebeurtenissen meer toevallig bij. Kunt u dit meer toelichten.
15. Waren dit aspecten waar u zelf ook hulp mee wilde ontvangen of waren dit dingen die iemand anders aandroeg en uiteindelijk bleek te helpen (achteraf)?

Aanvullende vragen indien een van de verwachte factoren worden genoemd:

Verwachte hulp en herstel thema's op basis van literatuur review:

- *Interpersoonlijk:*
 - Informele bronnen (familie, vrienden)
 - Formele bronnen (professionele hulp, lotgenotencontact)
 - Religie / spiritueel
- *Coping Vaardigheden*
- *Eigenwaarde/zelfvertrouwen/Zelfacceptatie (self-worth)*
- *Autonomie*
- *Geestelijke gezondheid naast suïcidaliteit*
- *Perspectief*
- *Praktische steun*

Met betrekking tot 'interpersoonlijk' en 'geestelijke gezondheid':

16. Als u terugdenkt aan de periode waarin u zelfmoordgedachten (en evt poging), was er iets of iemand die jullie toen heeft geholpen (dit mogen meerdere dingen zijn)? Wie? Wat? Hoe zag deze hulp eruit/ Was was dit voor behandeling? Kreeg u minder last van gedachten aan zelfmoord? Hoe lukte dit?
- Hoe hebben zij hierop gereageerd?

- Kunt u vertellen of u steun of hulp van deze persoon of personen hebt gehad? Hoe zag deze hulp eruit? Waren er dingen die ze zeiden of deden die u prettig vond? Hoe was dit voor u om te krijgen? Was het helpend tegen zelfmoordgedachten? Op welke manier?
 - Indien nee (geen of weinig hulp ervaren): Wat miste er? Wat had u graag gezien? Wat hadden ze moeten doen of zeggen? Wat juist niet?
17. Welke hoop of verwachtingen heeft u met betrekking tot professionele hulp, nu of in de nabije toekomst?
18. Wat heeft de hulp van niet-professionals voor u betekend?
19. Hoe heeft religie/spiritualiteit u geholpen?
- Was dat meer de verbondenheid met groep gelijkdenkende of waren er specifieke aspecten?

Met betrekking tot 'coping', 'self-worth', 'autonomie', 'perspectief', 'geestelijk gezondheid', en 'praktische steun':

20. Welke vaardigheden/aspecten hebben u specifiek geholpen?
21. Is dit iets waar je zelf ook hulp mee had gewild of kwam deze hulp vanuit anderen en bleek het naderhand te helpen?

Langdurig herstel

22. Is herstel nu nog gaande of is het wat u betreft afgerond?
23. Wat heeft u geholpen om uw herstel (inspanningen mbt herstel) vol te houden?
24. Wat zijn voor u nu redenen om te willen blijven leven?
25. Hoe heeft uw ervaring met herstel van u gevormd tot de persoon die u nu bent?

Maatschappelijke aspecten uitvragen:

26. Wat vind jij dat er moet veranderen om ervoor te zorgen dat meer jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden? Denk hierbij aan wat u zelf geholpen had in uw herstel. Bij geen reactie of lastig te beantwoorden, voorbeeld context geven:
- School & werk
 - Familie en vrienden
 - Samenleving / Maatschappij
 - Gezondheidszorg

Afsluitend:

27. Welke aspecten vind u het belangrijkste, als u denkt aan het helpen van een suïcidaal persoon of een overlevende van een zelfmoordpoging in het algemeen?
- Wat denk u dat jongeren die worstelen met zelfmoordgedachten vooral nodig hebben?
28. Welke boodschap zou u willen meegeven aan personen die op dit moment suïcidale klachten hebben?
29. Zijn er nog onderwerpen die niet aan bod zijn gekomen, maar die u wel graag had willen noemen?
- Hebt u zelf nog dingen die u vooral willen zeggen, toevoegen of meegeven over dit onderwerp? Zijn we nog iets vergeten?
 - Wat vond u van het interview? Wat werkte er minder goed? Zijn er dingen die wij als onderzoekers beter kunnen doen?

Instructies:

Geen losse woorden of losse zinnen coderen, liever fragmenten.

Interview coderen op basis van de volgende codelijst. Daarnaast is het belangrijk om te kijken of we codes moeten toevoegen op basis van de twee onderstaande gedachtegangen:

- Zijn er thema's die voorkomen in de interviews die nu niet gevangen kunnen worden met de onderstaande codes?
- Zijn er codes die we beter kunnen specificeren en daar een subcode voor kunnen maken?

De **dikgedrukte kopjes** worden niet gebruikt als codes. Dit zijn de tussenkopjes/thema's in mijn interview topiclijst. In het *cursief* vind je de extra toelichting per code.

Je mag dubbel coderen, dus als een bepaald fragment onder twee codes valt dan mag dat.

Bij twijfel, leg het even voor!

Gezinssituatie

Gezinssituatie_ (gebruik deze code enkel als een van de onderstaande gezinssituaties niet van toepassing zijn)

Respondent spreekt over het gezin waarin ze zijn opgegroeid. Je mag onderstaande codes gebruiken indien van toepassing anders deze coderen.

Gezinssituatie_Harmonieus *(een gezinssituatie waarin de relaties tussen gezinsleden over het algemeen positief en evenwichtig zijn)*

Gezinssituatie_Conflictueus *(een gezinssituatie waarin er veel ruzies zijn)*

Gezinssituatie_Onvoorspelbaar *(een gezinssituatie waarin het gezin geen stabiele, consistente omgeving biedt voor de respondent)*

Gezinssamenstelling

- Gezinssamenstelling_Eénoudergezin
- Gezinssamenstelling_Nieuw samengesteld gezin

- Gezinssamenstelling_Pleeggezin/adoptie
- Gezinssamenstelling_Traditioneel

Ouders

- Ouders_Ondersteuning (*Deze code verwijst naar de mate waarin ouders een helpende rol spelen in het leven van de respondent in algemene zin, los van herstel*).
- Ouders_Conflict (*Deze code verwijst naar spanningen of ruzies tussen ouders en kinderen, die invloed kunnen hebben op het welzijn van de respondent*).
- Ouders_Afwezigheid (*Hiermee wordt bedoeld dat een of beide ouders niet (voldoende) aanwezig zijn in het leven van de respondent.*)
- Ouders_Overbescherming (*Deze code verwijst naar ouders die de respondent overmatig beschermen, waardoor het kind minder ruimte krijgt om zelfstandig te ontwikkelen*)
- Ouders_Emotioneel (*Deze code verwijst naar de emotionele beschikbaarheid van de ouder.*)
- Ouders_Verantwoordelijkheid (*Deze code verwijst naar ouders die heel veel vragen van hun kind, op emotioneel vlak.*)

Opvoedstijl

- Opvoedstijl_Autoritair (*Een opvoedstijl waarbij ouders hoge eisen stellen, strikte regels hanteren en weinig ruimte bieden voor dialoog of autonomie.*)
- Opvoedstijl_Permissief (*Een opvoedstijl waarbij ouders heel warm en ondersteunend zijn, maar weinig grenzen en regels stellen.*)
- Opvoedstijl_Ondersteunend (*Ouders bieden zowel warmte als duidelijke grenzen, stimuleren zelfstandigheid en leggen regels uit.*)
- Opvoedstijl_Verwaarlozend (*Ouders tonen weinig betrokkenheid en stellen geen duidelijke regels, waardoor het kind grotendeels aan zijn lot wordt overgelaten.*)

KOPPKOV

Respondent benoemt dat hij/zij een KOPP/KOV is. KOPP/KOV betekent dat een van de ouders last had van een psychiatrische aandoening of een verslaving.

GLAS

Respondent benoemt dat hij/zij een GLAS-kind is. Een glazen kind is het broertje of zusje van iemand met een chronische aandoening of handicap.

Life event

Ingrijpende gebeurtenis die mogelijk een impact heeft gehad op mentaal welzijn of suïcidaliteit, maar die niet rechtstreeks als trigger en/of oorzaak, of herstelfactor van suïcidaliteit wordt benoemd.

Herstel betekenis

Herstelconcept_

Respondent spreekt over wat herstel voor hem/haar betekent.

- Herstelconcept_Volledig → *Herstel betekent dat suïcidaliteit volledig afwezig is.*
- Herstelconcept_Omgaan → *Respondent erkent dat suïcidale gedachten soms terug kunnen komen, maar dat hij/zij ermee heeft leren omgaan.*
- Herstelconcept_Geleidelijk → *Herstel wordt gezien als een langetermijnproces met ups en downs mbt suïcidaliteit specifiek.*
- Herstelconcept_Grip → *Het vermogen om suïcidale gedachten beter te herkennen en te reguleren.*
- Herstelconcept_Groei → *Herstel betekent sterker worden door de ervaring.*

Suïcidale ideatie

Start suïcidaliteit

Wanneer zijn de suïcidale gedachten ontstaan?

Suïcidegedachten

Inhoud van suïcidale gedachten.

Oorzaak suïcidaliteit

Hoe/waarom zijn de zelfdodingsgedachten ontstaan?

Mentale klachten

Respondent beschrijft welke mentale klachten aanwezig zijn naast de suïcidaliteit (wanneer het geen officiële diagnose is).

Triggers

Factoren die suïcidegedachten versterken. Respondent beschrijft wat triggers zijn om aan zelfdoding te denken / wanneer suïcidegedachten met name opkomen. Dit zijn zaken die dus ervoor zorgen dat gedurende de periode van suïcidaliteit de suïcidegedachten ineens sterker aanwezig zijn.

Suïcideplannen

Respondent beschrijft suïcideplannen.

Suïcidepoging

Suïcidepoging

Respondent beschrijft een suïcidepoging.

Suïcidepoging_reden

Hoe/waarom werd de suïcidepoging op dat moment gedaan?

Suïcidepoging_methode

Respondent benoemt en beschrijft de methode voor de suïcidepoging.

Suïcidaliteit_intent

Wilde de respondent echt dood? Hoe zeker was de respondent dat hij/zij zou overlijden bij een poging?

Suïcidepoging_twijfel

Wat maakte dat hij/zij twijfelde om een poging te ondernemen?

Zelfverwonding

Zelfverwonding

Respondent beschrijft zelfverwonding (geen suïcidepoging).

Zelfverwonding_reden

Waarom deed de respondent aan zelfverwonding?

Blootstelling aan suïcidaliteit in omgeving

Blootstelling_fysiek

Personen in de omgeving dachten aan suicide of verwondden zichzelf.

Blootstelling_online

Online blootstelling aan suïcidaliteit.

Blootstelling_impact

De invloed van blootstelling op de respondent.

Reactie omgeving

Hoe reageerde de omgeving op suïcidaliteit of mentale klachten toen de respondent zelf nog suïcidaal was?

Reactie omgeving_herstel

Hoe reageerde de omgeving op suïcidaliteit toen de respondent erover vertelde tijdens het herstelproces of erna (toen de respondent al hersteld was)?

Openheid

Hoe vertelde de respondent anderen over suïcidaliteit en mentale klachten toen de respondent zelf nog suïcidaal was? Je kan deze code ook gebruiken als de respondent juist beschrijft dat hij/zij er echt niet over wilde praten met iemand.

Openheid_herstel

Hoe vertelde de respondent anderen over suïcidaliteit / mentale klachten tijdens het herstelproces of erna (toen de respondent al hersteld was)?

Suïcidaal proces

Suïcidaalproces

Respondent beschrijft hoe de suïcidaliteit verliep: waren er ups en downs, betere periodes, slechtere periodes. Hoe zag het suïcidale proces er bij de respondent uit over de tijd heen.

Levenslijn

Als er tijdens het interview wordt besproken hoe de levenslijn is ingevuld, dan kun je hiervoor deze code gebruiken. Voor de meeste interviews is dat van tevoren gedaan, maar een enkele keer is het tijdens het interview zelf gedaan. Dan graag deze code gebruiken.

Proces_Perspectief

Respondent beschrijft of hij/zij hoop had dat het in de toekomst beter zou gaan terwijl de respondent nog suïcidaal is.

Herstelproces

Herstelmoment

Wanneer beschouwde de respondent zichzelf als hersteld?

Herstelproces

Respondent beschrijft hoe het herstelproces verliep - geleidelijk, met pieken en dalen bijv.

Herstel optie

Respondent beschrijft wanneer en waarom herstel als een optie voelde voor hen.

Afname suïcidegedachten

Wanneer werden de gedachten minder?

Terugval suïcidegedachten

Wanneer kwamen de suïcidegedachten terug?

Afname zelfverwonding

Wanneer verminderde zelfverwonding?

Terugval zelfverwonding

Wanneer kwam de zelfverwonding terug?

Startpunt herstel

Respondent beschrijft hoe het herstelproces begon.

Keerpunten herstel

Wat waren belangrijke momenten die het herstelproces startte of beïnvloedden?

Reden herstel

Respondent beschrijft de voornaamste reden om te starten met herstel.

Herstel bewuste keuze

Respondent beschrijft op welke manier herstel of werk aan een van de herstelfactoren een bewuste keuze was van zichzelf of niet.

Aanhoudende mentale klachten

Respondent beschrijft mentale klachten die er nog waren na herstel van suicidaliteit

HERSTELFACTOREN

Herstelfactor

Respondent beschrijft wat hem/haar hielp om te herstellen. Deze mag je altijd coderen als een van de onderstaande herstelfactoren niet van toepassing is. Dit kan tijdens het herstel zijn, maar ook wanneer herstel op dit moment nog gaande is.

Herstelfactor_praten

Respondent beschrijft in hoeverre praten met anderen hielp bij herstel.

Herstelfactor_hulpzoeken

Respondent beschrijft in hoeverre het zoeken van hulp hielp bij herstel.

Herstelfactor_INF

Respondent beschrijft in hoeverre familie, vrienden en andere personen of dieren in de omgeving hielpen bij herstel?

- Herstelfactor_INF_algemeen (hoe hielpen personen in het algemeen bij herstel: als een van de onderstaande personen niet van toepassing zijn)
- Herstelfactor_INF_ouders (hoe hielpen ouders bij herstel)
- Herstelfactor_INF_brussen (hoe hielpen broers en of zussen bij herstel)
- Herstelfactor_INF_famoverig (hoe hielpen andere familieleden bij herstel)
- Herstelfactor_INF_vrienden (hoe hielpen vrienden bij herstel)

- Herstelfactor_INF_partner_oud (hoe hielp een romantische partner bij herstel. Ook wanneer niet specifiek genoemd wordt of de relatie zelf oud of nieuw was, dan deze code gebruiken.)
- Herstelfactor_INF_partner_nieuw (hoe hielp het krijgen van een nieuwe romantische partner bij herstel)
- Herstelfactor_INF_huisdier (hoe hielp een huisdier bij herstel)
- Herstelfactor_INF_school (hoe hielp school bij herstel, maar dan door leerkrachten, mentor, conciërge, niet iemand met een formele rol als hulpverlener binnen de school zoals een begeleider, zorgcoördinator enzovoorts)
- Herstelfactor_INF_overig (hoe hielpen andere specifieke informele hulpbronnen bij herstel die niet hierboven genoemd worden. Met specifiek bedoel ik dat er dus echt duidelijk wel wordt gemaakt wie hielp, terwijl bij algemeen niet echt wordt genoemd wie het nu was.)

Herstelfactor_baan_oud

Hoe hielp een baan (waarbij de respondent benoemt dat hij/zij deze baan al had) bij herstel.

Herstelfactor_baan_nieuw

Hoe hielp een nieuwe baan bij herstel.

Herstelfactor_erkenning

Hoe hielp erkenning van problemen (serieus nemen van problemen) van personen in de sociale omgeving van de respondent bij herstel? - los van de hulpverlening

Herstelfactor_acceptatie_anderen

Hoe hielp de acceptatie van anderen bij herstel - los van de hulpverlening.

Herstelfactor_acceptatie_zelf

Hoe hielp acceptatie van zichzelf bij herstel - los van de hulpverlening.

Herstelfactor_beweging

Hoe hielp sport of beweging bij herstel?

Herstelfactor_succeservaring

Respondent beschrijft hoe eerdere succeservaringen in het tegengaan of verminderen van suïcidaliteit helpen bij verder herstel.

Herstelfactor_ERV

Hoe hielpen ervaringsdeskundigen bij herstel?

Herstelfactor_nuttig voor anderen

Je inzetten voor mensen in je omgeving- geeft een goed gevoel en bevestigt zelfbeeld (die mensen willen jou om zich heen hebben)

Herstelfactor_verandering omgeving

Een nieuwe omgeving of weggaan uit een negatieve context hielp bij herstel.

Herstelfactor_tracking

Respondent beschrijft hoe het bijhouden van een dagboek, gevoelens, andere zaken hen in het dagelijkse leven helpt met hun mentale gezondheid.

Herstelfactor_autonomie

Autonomie (dingen zelf ondernemen) helpt bij herstel.

Herstelfactor_religie

Hoe hielp religie bij herstel?

Herstelfactor_spiritualiteit

Hoe hielp spiritualiteit bij herstel?

Herstelfactor_ER

→ ER staat voor emotieregulatie: Het effectief herkennen, begrijpen en hanteren van emoties.

Hoe hielp emotieregulatie bij herstel? Als een van de onderstaande codes is gebruikt dan hoeft je niet ook nog deze code te gebruiken.

- Herstelfactor_ER_algemeen → *deze code gebruik je als emotieregulatie hielpen bij herstel, maar een van onderstaande zaken niet echt van toepassing is.*
- Herstelfactor_ER_emotiebewustzijn → *Toegespitst op het herkennen en benoemen van emoties.*
- Herstelfactor_ER_zelfkalmering → *Toegespitst op technieken om stress of angst te verminderen (bv. ademhalingsoefeningen, mindfulness).*
- Herstelfactor_ER_Impulscontrole → *Niet direct handelen op intense emoties, maar eerst nadenken.*
- Herstelfactor_ER_Herstructureren → *Negatieve gedachten omzetten in helpende gedachten.*

Herstelfactor_Coping

Hoe hielpen coping vaardigheden bij herstel?

- Herstelfactor_Coping_algemeen → *deze code gebruik je als coping vaardigheden hielpen bij herstel, maar een van onderstaande zaken niet echt van toepassing is.*
- Herstelfactor_Coping_probleemgericht → *Actief zoeken naar oplossingen voor problemen.*
- Herstelfactor_Coping_emotiegericht → *Omgaan met gevoelens (bv. Schrijven over emoties die op dat moment duidelijk aanwezig zijn, praten over emoties die op dat moment duidelijk aanwezig zijn, creatieve expressie over emoties die op dat moment duidelijk aanwezig zijn. Dit is anders dan gewoonweg praten met anderen over suïcidaliteit).*
- Herstelfactor_Coping_acceptatie → *Leren omgaan met situaties die niet direct veranderd kunnen worden.*
- Herstelfactor_Coping_afleiding → *Bewust focussen op iets anders om stress of gedachten aan zelfdoding te verminderen.*

Herstelfactor_ZZ

→ ZZ staat voor zelfzorg

Zorgen voor lichamelijk en geestelijk welzijn.

- Herstelfactor_ZZ_routines → *Structuur in slaap, voeding en beweging. De respondent beschrijft hoe het hebben van structuur, een dagritme, dagelijkse planning bijdraagt aan herstel.*
- Herstelfactor_ZZ_mindfulness en ontspanningstechnieken → *Leren in het hier-en-nu te zijn.*
- Herstelfactor_ZZ_grenzen → *Weten wat je aankan en 'nee' durven zeggen.*
- Herstelfactor_ZZ_zelfcompassie → *Mild zijn voor jezelf, fouten accepteren zonder zelfveroordeling.*

Herstelfactor_reflectie

Hoe hielp het nadenken over problemen, waar ze vandaan komen en waarom je bepaalde technieken gebruikt bij herstel.

Herstelfactor_activiteiten

Hoe hielp het ondernemen van (nieuwe) dingen of hobby's bij herstel. Hierbij gaat het niet om activiteiten specifiek ter afleiding van suïcidale gedachten, suïcidale neigingen of zelfbeschadiging. Die codeer je namelijk al bij Coping. Dit gaat meer over activiteiten of hobby's in het algemeen.

Herstelfactor_skills

Hoe hielpen andere vaardigheden bij herstel die niet vallen onder coping, ER, ZZ?

Herstelfactor_maturiteit

Respondent beschrijft hoe bepaalde leeftijdsinzichten hielpen bij herstel.

Herstelfactor_toekomstdoel

Hoe hielpen het stellen of hebben van een concreet toekomstdoel bij herstel? Hierbij gaat het om een doel stellen gericht op iets te behalen in de toekomst, zoals een baan, opleiding enzo, los van het doel “herstellen” zelf.

Herstelfactor_blik

De respondent beschrijft hoe zijn/haar perspectief of blik op de suïcidaliteit veranderde. Bijvoorbeeld: de functie van de suïcidaliteit veranderde voor de deelnemer, of het idee van de werkzaamheid of nuttigheid van de suïcidaliteit veranderde.

Herstelfactor_perspectief

Respondent heeft iets in de toekomst om naar uit te kijken. Niet een doel wat hij zelf heeft gesteld (dan codeer je toekomstdoel).

Herstelfactor zelfontdekking

Respondent ging ontdekken wat hij/zij wil met zijn/haar leven.

Herstelfactor_soc

→ soc staat voor sociaal

Hoe de eigen sociale vaardigheden om gezonde relaties op te bouwen en te onderhouden hielpen bij herstel.

- Herstelfactor_soc_algemeen → *Hoe hielpen het onderhouden en maken van sociale relaties in algemene zin bij het herstel? Deze code gebruik je als sociale vaardigheden hielpen bij herstel, maar een van onderstaande codes is niet van toepassing.*

- Herstelfactor_soc_hulpvragen → *De respondent beschrijft het vragen om hulp en/of hoe dit bijdroeg aan herstel.*

- Herstelfactor_soc_assertiviteit → *Op een respectvolle manier grenzen aangeven en behoeften uiten.*

- Herstelfactor_soc_empathie → *Anderen begrijpen en je inleven in hun gevoelens.*

- Herstelfactor_soc_conflictman → *(conflictman staat voor conflictmanagement) Effectief omgaan met meningsverschillen zonder escalatie.*

Herstelfactor_gebeurtenis

Een positieve gebeurtenis (geen belangrijke gebeurtenis) in het alledaagse leven droeg bij aan herstel.

Herstelfactor_life event

Een belangrijke levensgebeurtenis droeg bij aan herstel. Je hoeft deze niet te gebruiken bij "verandering omgeving".

Herstelfactor_weer

Het weer of het seizoen droeg bij aan herstel of afname suïcidaliteit. Een respondent beschrijft bijvoorbeeld hoe het beter gaat als het weer ook beter is of in de lente/zomer.

Herstelfactor_ouderschap

Respondent beschrijft in welke mate ouderschap (moeder of vader worden) een rol speelde in herstel (inclusief zwangerschap zelf).

Herstelfactor_HV

Hoe hielp de hulpverlening/behandeling bij herstel?

Herstelfactor_middelen

De respondent geeft aan in hoeverre middelen (alcohol of drug, of niet voorgeschreven medicatie) hielpen bij herstel. Dit hoeft dus niet per se een gezonde manier van herstellen zijn, het gaat er puur over hoe de respondent dit ervaren heeft.

AANVULLENDE ASPECTEN FORMELE HULP

→ HV staat voor hulpverlening.

Diagnose

De respondent spreekt over een diagnose van een mentaal probleem naast suïcidaliteit.

Diagnose_fysiek

De respondent praat over een lichamelijke diagnose of een lichamelijk probleem

Mening diagnose

De respondent geeft zijn/haar mening over de gestelde diagnose.

Herstelfactor_diagnose

Hoe help het hebben van een diagnose bij herstel van suïcidaliteit? Dit gaat er niet over dat iemand hulpverlening krijgt na een diagnose of als gevolg van een diagnose.

Herstelfactor_signaleringsplan

Hoe hielp het hebben van een signaleringsplan of veiligheidsplan bij herstel van suïcidaliteit?

Herstelfactor_medicatie

Hoe hielp medicatie bij herstel?

Herstelfactor_HVL

HVLR staat voor hulpverlener. Hoe hielp een hulpverlener of behandelaar bij herstel?

Leeftijd start HV

Op welke leeftijd zocht de respondent voor het eerst hulp van de hulpverlening?

Initiatief HV

Nam de respondent zelf initiatief om hulp te zoeken, of deed de respondent dit op initiatief van/voor de omgeving?

- Initiatief HV_zelf

- Initiatief HV_omgeving

Reden HV

Waarvoor was de respondent in behandeling?

Hulpverlener

Wat voor hulpverlener sprak de respondent? HVLR staat voor hulpverlener.

- HVLR_POH
- HVLR_psycholoog
- HVLR_psychiater
- HVLR_begeleider
- HVLR_crisisdienst
- HVLR_school (wanneer er sprake was van hulpverlening vanuit school, dit kan een begeleider, zorgcoördinator enz. zijn geweest)
- HVLR_huisarts

Intensiviteit hulpverlening

Hoe intensief was de therapie van de respondent?

- Intensiviteit HV_ambulant (refereert naar behandeling op locatie zonder dat er sprake is van een opname)
- Intensiviteit HV_deeltijd
- Intensiviteit HV_opname
- Intensiviteit HV_overig

Contact hulpverlener

De respondent praat over hoe hij het contact/de band met de hulpverlener ervaren heeft. HVLR staat voor hulpverlener. Het gaat hierbij dus niet om de hulpverlening.

- Contact HVLR_klik (De respondent beschrijft de klik met de hulpverlener)

- Contact_HVLR_serieus *(De respondent beschrijft of hij/zij/hen zich gehoord en/of serieus genomen voelde door de hulpverlener)*
- Contact_HVLR_vertrouwen *(De respondent beschrijft in hoeverre hij zich veilig en kan open praten)*
- Contact_HVLR_betrokken *(De hulpverlener toont interesse en empathie)*
- Contact_HVLR_afstandelijk *(De hulpverlener werd beschreven door de respondent als onpersoonlijk of ongeïnteresseerd aan)*
- Contact_HVLR_duidelijk *(Respondent beschrijft in hoeverre informatie steeds helder uitgelegd werd door de hulpverlener)*
- Contact_HVLR_eigen regie *(De respondent beschrijft in hoeverre hij/zij/hen werd aangemoedigd om zelf keuzes te maken)*
- Contact_HVLR_samen *(De respondent beschrijft in hoeverre hij/zij/hen betrokken werd bij beslissingen die worden gemaakt tijdens de behandeling door de hulpverlener)*
- Contact_HVLR_autoritair *(De respondent beschrijft in hoeverre de hulpverlener bepaalt zonder overleg / beslissingen neemt zonder overleg)*
- Contact_HVLR_moeilijk *(De respondent beschrijft in hoeverre het moeilijk was om contact te kunnen krijgen met de hulpverlener)*

Therapievorm

Welke therapie volgde de respondent?

- Therapievorm_Systeemtherapie
- Therapievorm_EMDR
- Therapievorm_Schematherapie
- Therapievorm_CGT
- Therapievorm_ACT
- Therapievorm_Medicatie
- Therapievorm_Bedoprecept
- Therapievorm_Begeleidwonen (NIEUW)
- Therapievorm_Overig

Openheid suïcidaliteit bij hulpverlener

Is de respondent open over de suïcidaliteit tegenover de hulpverlener? Positief: respondent is open over suïcidaliteit, negatief: respondent is niet/beperkt open over suïcidaliteit.

- Openheid suïcidaliteit HVLR_positief
- Openheid suïcidaliteit HVLR_negatief

Hulpverlening helpend tijdens

De respondent praat over in hoeverre de hulpverlening ten tijde van de behandeling als helpend werd ervaren.

- HV helpend tijdens_positief
- HV helpend tijdens_negatief

Hulpverlening helpend achteraf

De respondent praat over in hoeverre hij/zij de therapie terugkijkend als helpend ervaart.

- HV helpend achteraf_positief
- HV helpend achteraf_negatief

Effect hulpverlening

Wat heeft de behandeling de respondent opgeleverd? (Bijv. afstand nemen van gedachten, gedachten minder serieus nemen)

Werkzame/niet werkzame factoren van de hulpverlening

Welke factoren worden gezien als werkzaam/helpend in de hulpverlening?

- HV_erkenning (*klachten werden erkend of niet*)
- HV_praten (*hulpverlening hielp vooral doordat de respondent over zijn klachten sprak tijdens de hulpverlening*)
- HV_luisteren (*er werd naar de respondent geluisterd*)
- HV_openheid (*er was mogelijkheid om open over suïcidaliteit en klachten te spreken*)

- HV_tijd (*de tijd nemen*)
- HV_opschalen (*er was een mogelijkheid tot opschalen van zorg indien nodig*)
- HV_pro-actief (*hulpverlening was pro-actief en niet enkel reactief*)
- HV_naasten (*naasten werden betrokken bij hulpverlening*)
- HV_signaleringsplan (*inzetten van een signalerings- of veiligheidsplan*)
- HV_protocollair (*er werd gewerkt volgens een protocol of protocollaire behandeling*)
- HV_onpersoonlijk (*de respondent had het gevoel niet als mens, maar meer als nummertje worden behandeld*)
- HV_psychoeducatie (*er werd psycho-educatie gegeven over de klachten die de respondent ervaarde*)

Aspecten hulpverlening overig

HV_zorgbehoefte

De respondent beschrijft welke zorgbehoefte hij/zij had. Hierbij gaat het dus niet of de hulpverlening en zorgbehoefte op elkaar aansloten, dat codeer je met HV_passend, maar de respondent beschrijft hier in het algemeen zijn/haar/hun zorgbehoefte.

HV_wachttijden

Er werd gesproken over wachttijden in de zorg

HV_passend

De respondent praat over in hoeverre de therapie of hulpverlening aansloot bij de situatie en behoeften van de respondent. Hierbij gaat het dus niet om de hulpverlener!

HV_doorverwijzen

De respondent praat over doorverwezen worden.

HV_transitie

Respondent praat over de overgang van jeugd- naar volwassen ggz.

HV_bureaucratie

Respondent beschrijft hoe regelgeving rond de zorg (los van transitie jeugd > volwassenen) in invloed had tijdens de behandeling.

Maatschappelijke aspecten

Maatschappelijk_school

Deelnemer beschrijft wat er zou moeten veranderen op school zodat meerdere jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden

Maatschappelijk_werk

Deelnemer beschrijft wat er zou moeten veranderen op werk zodat meerdere jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden

Maatschappelijk_familie en vrienden

Deelnemer beschrijft wat er zou moeten veranderen met betrekking tot familie en vrienden zodat meerdere jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden

Maatschappelijk_gezondheidszorg

Deelnemer beschrijft wat er zou moeten veranderen met betrekking tot de gezondheidszorg zodat meerdere jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden

Maatschappelijk_overig

Deelnemer beschrijft wat er zou moeten veranderen in de maatschappij zodat meerdere jongeren de mogelijkheid tot herstel vinden. Deze code gebruik je als een van de onderstaande aspecten (school, werk, familie en vrienden, gezondheidszorg) niet van toepassing is.

Boodschap suïcidale jongeren

Wat zou de respondent suïcidale jongeren willen meegeven?

Overige thema's

COVID19_impact

Respondent praat over impact van COVID-19 op suïcidaliteit en mentaal welzijn.

COVID19_herstel

Respondent praat over impact van COVID-19 op herstel van suïcidaliteit en een verbeterd mentaal welzijn.

LGBT

Respondent praat erover hoe seksuele geaardheid een impact had op de suïcidaliteit

KOPP_suïcidaliteit

Respondent beschrijft welke impact KOPP/KOV had op suïcidaliteit.

KOPP_herstel

Respondent beschrijft welke impact KOPP/KOV had op herstel van suïcidaliteit.

Langdurig herstel

Langdurig herstel

Respondent praat over langdurig herstel en het volhouden van herstel. Deelnemer beschrijft hoe hij/zij/hen nu nog bezig zijn met herstel van gedachten aan zelfdoding / de zelfmoordpogingen.

Langdurig herstel_internaliseren

Respondent beschrijft hoe herstelvaardigheden zijn geïnternaliseerd. Gebruikt de respondent de vaardigheden nu

Herstel_persoon

Respondent beschrijft hoe herstel hen heeft gevormd tot de persoon die zij nu zijn.

Reasons for living

Wat zijn redenen om te blijven leven op het moment van het interview, dus niet nog tijdens het herstelproces of tijdens de suicidaliteit, maar op dit moment? Je codeert deze zaken dus niet ook als herstelfactor!