

Piekeren en Suïcidale gedragingen van Adolescenten: De rol
van het Waargenomen Stigma

Output 7: Final version of Thesis

Master's Thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Pim A.M. Mulder | 5659043

Mandy W. M. Gijzen

Leonie Vreeke

25 May 2020

Abstract

Introduction: Suicide has been the most important cause of mortality in youth aged 15 to 29 years in the Netherlands. Research has shown that worrying is an important risk factor for suicidal behaviors in adults. The purpose of the present study is to examine whether there is a relation between worrying and suicidal behaviors in Dutch adolescents. In addition, perceived stigma has been investigated as a moderator in the association between worrying and suicidal behaviors. **Method:** The following instruments were used to measure the variables: the full VOZZ questionnaire, the Penn State Worry Questionnaire for children [PSWQ-C], the Depression Stigma Scale [DSS]. The analyses were performed on a data set of 1340 adolescents aged 11 to 15 years. **Results:** Results indicated that there is a positive relation between worrying and suicidal behaviors. However, perceived stigma does not make a significant contribution as a moderator in the relationship between worrying and suicidal behaviors. **Conclusion:** Explanations for the nonsignificant result in the present study may be found in the characteristics of the participants. It appears that only individuals labeled with a mental disorder experience stigmatization, such as the perceived stigma, while the sample in this study consisted of non-clinical adolescents. **Implications:** Following the present study, interventions may be developed, such as the web-based self-help intervention, which focuses on worrying as a treatment of suicidality. Besides, it is important to develop preventive interventions for schools to counteract the increase of suicidality in adolescence.

Keywords: suicidal behaviors, worrying, perceived stigma, Dutch adolescents

Abstract

Introductie: Suïcide is de meest voorkomende doodsoorzaak wereldwijd onder adolescenten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat piekeren een belangrijke risicofactor van suïcidale gedragingen bij volwassenen is. Tot op heden was nog onbekend of deze relatie aanwezig is bij Nederlandse adolescenten. Daarnaast is het waargenomen stigma als moderator in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen onderzocht. **Methode:** Om de variabelen te meten is gebruik gemaakt van de volgende instrumenten: Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging [VOZZ], *Penn State Worry Questionnaire* voor kinderen [PSWQ-C], *Depression Stigma Scale* [DSS]. De analyses zijn uitgevoerd bij een dataset van 1340 adolescenten met een leeftijd variërend tussen de 11 en 15 jaar. **Resultaten:** De resultaten toonden aan dat er sprake is van een positieve relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen. Het waargenomen stigma speelt echter geen significante rol als moderator in deze relatie. **Conclusies:** Verklaringen voor het non-significante resultaat kunnen onder andere gevonden worden in de karakteristieken van de participanten. Zo ervaren alleen individuen die gelabeld zijn met een mentale stoornis stigmatisering, waaronder ook het waargenomen stigma valt, terwijl de steekproef van de huidige studie bestond uit non-klinische adolescenten. **Implicaties:** Naar aanleiding van de huidige studie kunnen mogelijk interventies ontwikkeld worden, zoals de *web-based self-help* interventie, die gericht zijn op piekeren als behandeling voor suïcidaliteit. Tevens is het van belang preventieve interventies voor scholen te ontwikkelen om de stijging in suïcide gedurende de adolescentie tegen te gaan.

Keywords: suïcidale gedragingen, piekeren, het waargenomen stigma, Nederlandse adolescenten

Suïcidale gedragingen, Piekeren en het Waargenomen Stigma van Adolescenten

Suïcide is de meest voorkomende doodsoorzaak wereldwijd onder adolescenten en jongvolwassenen (Nock et al., 2008). Suïcide wordt gedefinieerd als het opzettelijk beëindigen van het eigen leven (Nock et al., 2008). In Nederland geeft 11.2% van de adolescenten aan weleens suïcidale gedachten te hebben en doet 6.6% een suïcidepoging of aan zelfbeschadiging (Dijkstra, 2010). Suïcidale gedachten verwijzen naar gedachten over het uitvoeren van gedragingen met de intentie om het eigen leven te beëindigen. Zelfbeschadiging wordt omschreven als zelfverwonding zonder de intentie om een einde te maken aan het eigen leven en een suïcidepoging wordt gedefinieerd als het uitvoeren van zelfbeschadigend gedrag met enige intentie een einde te maken aan het eigen leven (Nock et al., 2008). Suïcide, suïcidepogingen, suïcidale gedachten en zelfbeschadiging zijn voorbeelden van suïcidale gedragingen. Suïcidale gedachten, de eerste fase van suïcidaal gedrag, resulteren vaak in suïcidepogingen of suïcide en nemen enorm toe gedurende de vroege adolescentie (Nock et al., 2013). Tevens geven adolescenten zelf aan te beginnen met het vertonen van suïcidale gedragingen tussen de 12 en 16 jaar, wat de relevantie van preventieve interventies voor vroege adolescenten benadrukt (Glenn et al., 2017). Het is belangrijk suïcidale gedragingen van adolescenten te herkennen in een vroeg stadium, de symptomen serieus te nemen en preventiestrategieën aan te bieden om de stijging in suïcide gedurende de adolescentie tegen te gaan.

Kennis over de risicofactoren van suïcidale gedragingen is de afgelopen jaren uitgebreid. Het *integrated motivational-volitional* (IMV) model van suïcidaal gedrag is een theoretisch model dat streeft naar het vergroten van het inzicht in de risicofactoren van suïcidaliteit (O'Connor, 2011). Het IMV-model beschrijft een bio-psycho-sociale context waarin suïcidaal gedrag ontstaat (de pre-motivatie fase), de factoren die resulteren in het ontstaan van suïcidale gedachten (de motivatie fase) en de factoren die zorgen voor de transitie van suïcidale gedachten naar suïcidepogingen en/of suïcide (de doelbewuste fase) (O'Connor & Kirtley, 2018; bijlage 1). Binnen en tussen deze verschillende fasen zijn modererende factoren aanwezig die suïcidale gedragingen kunnen intensiveren (Tucker, O'Connor, & Wingate, 2016). Deze modererende variabelen betreffen factoren die zorgen voor het afnemen van het vermogen om om te gaan met negatieve gebeurtenissen in het leven door bijvoorbeeld gebrekkige copingmechanismen of piekeren. Verder zorgen modererende factoren voor het vergemakkelijken van de transitie van het gevoel van verlies naar het gevoel van opsluiting. Daarbovenop kunnen motivationele moderatoren aanwezig zijn; factoren die ervoor zorgen dat iemand geen alternatieven meer ziet en de transitie maakt naar suïcidale

gedachten en intenties (Tucker et al., 2016). Motivationale moderatoren benadrukken het idee dat suïcide de enige manier is om met negatieve gebeurtenissen in het leven om te gaan. Wanneer er vervolgens doelbewuste factoren aanwezig zijn, dit zijn factoren die zorgen voor het vermogen om daadwerkelijke suïcide te plegen wanneer het verlangen naar zelfdoding aanwezig is, is de kans op daadwerkelijke suïcide(pogingen) hoog (Tucker et al., 2016). Voorbeelden van doelbewuste factoren zijn de toegang tot dodelijke middelen, impulsiviteit en imitatie van suïcidepogingen. Het *integrated motivational-volitional* (IMV) model van suïcidaal gedrag kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van preventieve interventies die zich richten op één van de eerder benoemde (risico)factoren.

Een voorbeeld van een belangrijke risicofactor op suïcidale gedragingen, die ook van belang is als modererende variabele in de motivatie fase van het *integrated motivational-volitional* model, is piekeren. Piekeren wordt gedefinieerd als een cognitief proces dat zich kenmerkt door op onproductieve wijze na te denken over persoonlijke problemen en daarnaast moeilijkheden te ervaren om deze ketens van negatieve gedachten te beëindigen (De Jong-Meyer, Beck, & Riede, 2009). Volgens de *avoidance theory of worry* van Borkovec, Alcaine en Behar (2004) is piekeren een begrijpelijke poging om problemen van mogelijk toekomstig gevaar op te lossen. Deze theorie stelt dat piekeren op de korte termijn kan worden gezien als beschermende coping doordat de negatieve bekrachtiging tijdelijk de negatieve gevoelens van toekomstig gevaar laat afnemen (Borkovec et al., 2004). Echter, op de lange termijn wordt het constante piekeren problematisch, doordat gedragsmatige copingmechanismen om met stressoren om te kunnen gaan niet worden ontwikkeld.

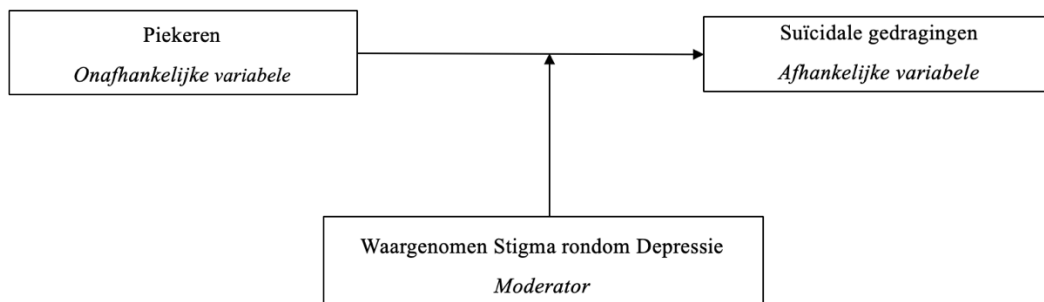
Ook de studie van Kerkhof en Van Spijker (2011) benadrukt dat piekeren een belangrijke risicofactor op suïcidaliteit is. Dit onderzoek laat zien dat de ondraaglijkheid van het herhaaldelijke piekeren ontstaat door zowel de inhoud als de frequentie van negatieve cognities. De inhoud van deze gedachten is onderzocht en typische suïcidale cognities, zoals “niemand houdt van mij” of “ik heb geen toekomst”, zijn geïdentificeerd. Naast de inhoud, zorgt de frequentie van negatieve gedachten voor de ondraaglijkheid van het piekeren. Uit het onderzoek van Kerkhof en Van Spijker (2011) blijkt dat de meeste suïcidale cliënten deze cognities honderden keren per dag herhalen, wat gelijk staat aan ongeveer 10 tot 15 uur per dag. Ook is uit dit onderzoek gebleken dat na een suïcidepoging, cliënten benoemen dat het niet stoppen van de repetitieve piekergedachten beslissend was voor het doen van de poging. Onderzoek toont dus aan dat piekeren, als copingmechanisme voor suïcidale gedachten, wordt geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide (Kerkhof & Van Spijker, 2011; Tucker, Smith, Hollingsworth, Cole, & Wingate, 2017). Bovendien toont longitudinaal onderzoek aan

dat belangrijke risicofactoren van chronische suïcidaliteit al duidelijk aanwezig zijn in de adolescentie (Pickles et al., 2010). Voorbeelden van risicofactoren zijn negatieve gebeurtenissen in de familie, psychopathologie, prikkelbaarheid en dus ook piekeren. Tevens laten Pickles en collega's (2010) zien dat piekeren in de kindertijd gerelateerd is aan meer suïcidale gedachten en suïcidepogingen in de volwassenheid. Door de rol die piekeren speelt bij suïcidaliteit en dus bij de ontwikkeling van preventieve interventies gericht op suïcidale gedragingen van adolescenten, wordt piekeren in de huidige studie meegenomen.

Een belangrijke factor die de preventie van suïcidale gedragingen bemoeilijkt, is het hulpzoekend gedrag van adolescenten. Uit onderzoek blijkt dat adolescenten de groep zijn die het minst snel opzoek gaan naar professionele hulp (Reavley, Cvetkovski, Jorm, & Lubman, 2010). Stigma en schaamte blijken onder adolescenten de belangrijkste barrières voor het zoeken naar professionele hulp voor mentale stoornissen (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). In onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten stigma, namelijk het waargenomen stigma en het zelfstigma (Corrigan & Shapiro, 2010). Het waargenomen stigma wordt omschreven als de individuele waarnemingen van stereotypes en vooroordelen door anderen, het zelfstigma kenmerkt zich als de individuele perceptie van de eigen stereotypes en vooroordelen. Uit onderzoek is gebleken dat met name het waargenomen stigma een rol speelt bij mentale problematiek zoals suïcidaliteit (Corrigan & Kosyluk, 2014). Het waargenomen stigma impliceert dat mensen bang zijn gelabeld te worden door hun omgeving als mentaal ongezond wat resulteert in een angst voor discriminatie en vooroordelen (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2013). Ondanks dat negatieve houdingen richting suïcidaliteit en andere mentale problematiek verminderen, blijkt uit onderzoek dat stigmatisering nog altijd bestaat (Hanschmidt, Lehnig, Riedel-Heller, & Kersting, 2016). Stigmatisering wordt ook wel omschreven als een bekend en langdurig fenomeen wat maatschappelijk en/of cultureel bepaald blijkt te zijn (Lauber, 2008). Het waargenomen stigma zou dus de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen kunnen versterken. Wanneer een persoon namelijk ook nog verwacht dat mensen hen erg zullen beoordelen om hun piekergedachten, kan dit de invloed van piekeren op suïcidale gedragingen nog meer versterken.

Concluderend zal in de huidige studie gekeken worden naar de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen van Nederlandse adolescenten. Hierbij wordt verwacht dat er een positieve associatie is tussen piekeren en suïcidaal gedrag, net zoals het longitudinale onderzoek van Pickles en collega's (2010) heeft aangetoond. Door de maatschappelijke en culturele bepaling van stigmatisering en het tekort in de wetenschappelijke literatuur naar de

mogelijke rol van het waargenomen stigma als moderator, wordt gekeken naar de modererende rol van het waargenomen stigma in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen. Er wordt verwacht dat wanneer het waargenomen stigma van adolescenten richting depressie hoog is, en dus de adolescent denkt dat er vanuit de omgeving discriminatie en negatieve vooroordelen richting depressieve stoornissen zijn, de relatie tussen piekeren en suïcidaal gedrag sterker is. Het is van belang dat onderzoek wordt uitgevoerd naar zowel piekeren als het waargenomen stigma om effectieve preventieprogramma's te ontwikkelen gericht op suïcidale gedragingen in de vroege adolescentie.



Figuur 1. Schematische weergave onderzoeksvraag

Methode

Participanten en Procedure

De Nederlandse adolescenten die hebben meegedaan aan de huidige studie zaten in de tweede klas van de middelbare school en moesten daarbij voldoen aan twee eisen. De leeftijd van de adolescenten moest tussen de 11 en 15 jaar zijn en hij/zij moest over voldoende kennis van de Nederlandse taal beschikken. In totaal hebben 1444 adolescenten deelgenomen aan de studie verspreid over 15 verschillende middelbare scholen in Zuidoost Brabant. De adolescenten waarbij er sprake was van missende items of verkeerd ingevulde vragen zijn niet meegenomen in het huidige onderzoek. De analyses zijn uitgevoerd bij een dataset van in totaal 1340 participanten. De participanten ($n = 1340$) bestonden uit 588 jongens (43.9%) en 752 meisjes (56.1%). Er zijn dus 104 adolescenten die niet hun geslacht hebben ingevuld. De leeftijd van de adolescenten varieerde tussen de 11 en 15 jaar ($M = 13.9$; $SD = 0.5$). In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de data die betrekking heeft op de baseline meting van het onderzoek van Gijzen, Creemers, Rasing, Smit en Engels (2018).

Voorafgaand aan het onderzoek hebben de adolescenten en hun ouders een *informed consent* formulier ingevuld. Vervolgens hebben deze adolescenten de vragenlijsten individueel ingevuld op hun telefoon. De adolescenten nemen deel aan een grotere studie, maar aangezien de procedure hiervan niet van toepassing is op het huidige onderzoek zal deze hier niet worden beschreven.

Meetinstrumenten

Suïcidale gedragingen. Aan de hand van de volledige ‘Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging’ (VOZZ; Kerkhof, Huisman, Vos, & Smits, 2015) zijn de suïcidale gedragingen van adolescenten onderzocht. Deze vragenlijst bevat 39 vragen over gedachten en gebeurtenissen van het leven, zelfbeschadiging, suïcide en suïcidale gedachten in de afgelopen zeven dagen. Een voorbeelditem over suïcidale gedachten is “*De afgelopen 7 dagen dacht ik eraan een eind aan mijn leven te maken*”. Een voorbeelditem over zelfbeschadiging is “*Ik heb mezelf ooit expres verwond, gesneden of gekrast*”. De schaal wordt gescoord aan de hand van een vijf-punts Likertschaal variërend van *nooit* (score = 1) tot aan *heel vaak* (score = 5). Een hogere score betekent dat er sprake is van meer suïcidaal gedrag, waarbij een score van 86 punten of hoger een indicatie geeft voor een hoog risico op suïcide. De betrouwbaarheid van de VOZZ-vragenlijst in de huidige studie is hoog met een Cronbach’s alfa van .88.

Piekeren. Aan de hand van de *Penn State Worry Questionnaire* voor kinderen (PSWQ-C; Molina & Borkovec, 1994) is het piekeren van adolescenten onderzocht. De Nederlandse versie van deze vragenlijst is betrouwbaar gebleken voor het meten van piekeren bij kinderen (Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997). De PSWQ-C bestaat uit 14 vragen waarbij gebruik wordt gemaakt van een vier-puntsschaal. De antwoordschaal is variërend van *nooit* (score = 1) tot aan *altijd* (score = 4). Een voorbeelditem is “*Ik weet dat ik me niet zoveel zorgen moet maken, maar ik kan er gewoon niets aan doen*”. Een hogere score op de vragen geeft een hogere mate van piekeren bij adolescenten aan. In het huidige onderzoek is de betrouwbaarheid van de PSWQ-C hoog met een Cronbach’s alfa van .95.

Waargenomen Stigma. Aan de hand van de *Depression Stigma Scale* (DSS; Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Groves, 2004) is het stigma van adolescenten onderzocht. De DSS meet zowel het zelfstigma als het waargenomen stigma van depressie. Depressie is een van de belangrijkste risicofactoren van suïcidale gedragingen, met name bij adolescenten (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996). Er is momenteel geen schaal beschikbaar omtrent het waargenomen stigma van suïcidale gedragingen. Om deze reden wordt in de huidige studie gebruik gemaakt van de *Depression Stigma Scale* waarbij is gekozen om alleen te focussen op de subschaal, de *Perceived Stigma Scale*, voor het waargenomen stigma. Deze subschaal meet de individuele waarneming van de adolescent over het stigma van anderen richting depressie. Belangrijk bij de DSS is dat jongens en meisjes een verschillend verhaal lezen. Jongens lezen een verhaal over John en vullen vragen in over John, terwijl meisjes een verhaal lezen over Jenny en met betrekking tot Jenny de vragen invullen. De verhalen en

items zijn afgezien van de naam en de voornaamwoorden hetzelfde voor jongens en meisjes. In de vragenlijst mogen de adolescenten zelf hun geslacht kiezen. Een voorbeelditem voor jongens is “*De meeste mensen geloven dat John hier uit kan raken als hij dat zou willen*”. Een voorbeelditem voor meisjes is “*De meeste mensen geloven dat Jenny’s probleem een teken van persoonlijke zwakte is*”. De *Perceived Stigma Scale* bestaat uit zeven vragen waarbij gebruik wordt gemaakt van een vijf-punts Likertschaal variërend van *helemaal oneens* (score = 0) tot aan *helemaal eens* (score = 4). Een hogere score op de vragenlijst geeft een hogere mate van het waargenomen stigma aan. Met een Cronbach’s alfa van .85 is de betrouwbaarheid van de DSS in het huidige onderzoek hoog.

Statistische analyses. In de huidige studie is onderzocht of de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen gemodereerd wordt door het waargenomen stigma van Nederlandse adolescenten. Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses zijn er verschillende assumpties nagegaan. Als blijkt dat de assumpties niet geschonden zijn, zullen de analyses uitgevoerd worden. Om de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen te toetsen is gebruik gemaakt van een Pearson’s r . Wanneer uit deze analyse blijkt dat de p -waarde kleiner is dan het significantieniveau van .05, wordt de nulhypothese verworpen. Dit betekent dat er sprake is van een significant effect. Aan de hand van een hiërarchische multiële regressieanalyse is de modererende rol van het waargenomen stigma in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen getoetst. Wanneer uit deze analyses blijkt dat de p -waarde kleiner is dan het significantieniveau van .05, wordt de nulhypothese verworpen. Dit houdt in dat er sprake is van een significant effect.

Resultaten

Beschrijvende Statistieken

De beschrijvende statistieken van piekeren, suïcidale gedragingen en het waargenomen stigma zijn weergegeven in Tabel 1. In totaal hebben 1444 Nederlandse adolescenten deelgenomen aan de studie verspreid over 15 middelbare scholen. De adolescenten waarbij sprake was van missende items of verkeerd ingevulde vragen zijn niet meegenomen in het huidige onderzoek. Daarnaast zijn de uitschieters uit het databestand verwijderd. Uiteindelijk is de Pearson’s r uitgevoerd bij een dataset van 1127 participanten en de hiërarchische multiële regressieanalyse is uitgevoerd bij 485 participanten.

Tabel 1

Beschrijvende Statistieken Schalen (N = 485)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Piekeren	23.72	8.69	14.00	56.00
Suïcidale gedragingen	60.79	14.45	39.00	134.00
Het Waargenomen Stigma	19.52	3.05	9.00	27.00

Noot. Voor piekeren geldt een theoretisch minimum 1 en het theoretisch maximum 4. Voor suïcidale gedragingen is een theoretisch minimum van 1 en het theoretisch maximum van 5 vastgesteld. Voor het waargenomen stigma geldt een theoretisch minimum 0 en het theoretisch maximum van 4.

Assumpties

Voorafgaand aan de daadwerkelijke toetsing, zijn verschillende assumpties nagegaan om de voorwaarden voor het uitvoeren van een Pearson's r en een hiërarchische multipele regressieanalyse te controleren. Aan zowel de assumptie aantal-predictor ratio als multicollineariteit is voldaan. Daarnaast is de normaliteit van de variabelen gecontroleerd met behulp van de Shapiro-Wilk test. Hieruit is gebleken dat de drie variabelen ($p < .001$) niet normaal verdeeld zijn. Aangezien het huidige onderzoek bij een non-klinische populatie van Nederlandse adolescenten is uitgevoerd, is te verwachten dat deze assumptie wordt geschonden. Veel adolescenten zullen laag scoren op de klinische variabelen, een enkeling zal hoog scoren. Echter, de uitgevoerde analyses zijn bestand tegen schending van deze assumptie dus worden om deze reden toch uitgevoerd. Tevens zijn de extreme uitschieters in het databestand aan de hand van de *Mahalanobis Distance* geïdentificeerd en wanneer de waarde hoger was dan 13.816, de kritische waarde bij $df = 2$, is de participant verwijderd (Allen, Bennett, & Heritage, 2014). Aan de assumptie normaliteit, lineariteit en homoscedasticiteit van de residuen is voldaan. Dit betekent dat de variantie van de residuen normaal verdeeld is. Na het controleren van de assumpties en het aanpassen van het databestand, zijn de analyses uitgevoerd.

Analyses

Piekeren en Suïcidale Gedragingen. Allereerst is de onderzoeksvraag *is er een relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen van Nederlandse adolescenten* onderzocht. Hierbij is gebruik gemaakt van een Pearson's r waarbij piekeren als de onafhankelijke variabele en suïcidale gedragingen als de afhankelijke variabele dient. Uit de analyse is gebleken dat er sprake is van een significante positieve relatie, $r(1127) = .60, p < .001$. Dit betekent dat in het huidige onderzoek een hogere mate van piekeren samenhangt met een hogere mate van suïcidale gedragingen.

De modererende rol van het Waargenomen Stigma. Een hiërarchische multiple regressieanalyse is uitgevoerd om de onderzoeksvraag *wordt de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen gemodereerd door het waargenomen stigma van Nederlandse adolescenten* te onderzoeken. Bij deze analyse wordt piekeren beschouwd als de onafhankelijke variabele, suïcidale gedragingen als de afhankelijke variabele en het waargenomen stigma als de moderator. In Tabel 2 zijn de resultaten van de uitgevoerde regressieanalyse weergegeven. Uit de resultaten is gebleken dat het waargenomen stigma in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen van Nederlandse adolescenten niet significant is, $R^2 = .31$, $F(2, 485) = 108.71$, $p = .342$. Dit betekent dat het waargenomen stigma geen significante bijdrage levert aan de suïcidale gedragingen van de deelnemende adolescenten. Er is daarom voor gekozen om geen model te testen met de interactieterm (piekeren*waargenomen stigma). Het waargenomen stigma speelt in het huidige onderzoek geen rol in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen.

Tabel 2

Resultaten van Hiërarchisch Multiple Regressieanalyse met Variabelen Piekeren, Suïcidale Gedragingen en Moderator Waargenomen Stigma.

	B	[95% CI]	SE	β	t	p
Model 1						
Constante	40.22	[37.05, 43.38]	1.61	-	24.99	.000
Piekeren	.93	[0.81, 1.06]	.06	.56	14.72	.000
Model 2						
Constante	43.64	[35.90, 51.39]	3.94	-	11.07	.000
Piekeren	.92	[0.79, 1.05]	.06	.55	14.32	.000
Waargenomen stigma	-.16	[-0.50, 0.17]	.17	-.04	-.95	.342

Noot. $N = 485$. SE = standaarderror; CI = *confidence interval*

Conclusie analyses. In overeenstemming met de verwachting is gebleken dat er sprake is van een positieve relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen van Nederlandse adolescenten. Dit houdt in dat een hogere mate van piekeren leidt tot een hogere mate van suïcidaliteit. In tegenstelling tot de verwachting is gebleken dat in het huidige onderzoek het waargenomen stigma van adolescenten geen positieve significante moderator is in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen.

Discussie

Suïcide is onder adolescenten de meest voorkomende doodsoorzaak wereldwijd (Nock et al., 2008). Adolescenten geven aan te beginnen met het vertonen van suïcidaliteit tussen de

12 en 16 jaar (Glenn et al., 2017). Om deze reden is in de huidige studie gekeken naar suïcidale gedragingen in de vroege adolescentie. Het is belangrijk de suïcidaliteit van adolescenten in een vroeg stadium te herkennen, de symptomen serieus te nemen en interventies in te zetten om een stijging in suïcide gedurende de adolescentie tegen te gaan. Doordat piekeren in eerder onderzoek omschreven wordt als één van de belangrijkste risicofactoren van suïcidale gedragingen bij volwassenen (Kerkhof & Spijker, 2011), is in de huidige studie gekeken naar de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen bij vroege adolescenten. Verder heeft onderzoek aangetoond dat stigma onder adolescenten een belangrijke barrière is voor het zoeken naar professionele hulp voor mentale stoornissen. Aangezien met name het waargenomen stigma een rol speelt bij mentale problematiek zoals suïcidaliteit (Corrigan & Kosyluk, 2014), is deze vorm van stigma in de huidige studie meegenomen als moderator in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen.

De huidige studie heeft aangetoond dat er een positieve relatie is tussen piekeren en suïcidale gedragingen. Dit betekent dat bij vroege adolescenten een hogere mate van piekeren wordt geassocieerd met een hogere mate van suïcidale gedragingen. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek waarin piekeren, als copingsmechanisme voor suïcidale gedachten, wordt geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide (Kerkhof & Spijker, 2011; Tucker et al., 2017). De bevindingen van de huidige studie zijn ook in lijn met het *integrated motivational-volitional* model van suïcidaal gedrag (O'Connor, 2011). Dit theoretisch model suggereert dat piekeren een modererende factor is die zorgt voor een afname van het vermogen om om te gaan met negatieve gebeurtenissen in het leven. Door middel van piekeren wordt de transitie naar de volgende fase van suïcidaliteit, namelijk de overgang van het gevoel van verlies naar het gevoel van opsluiting, vergemakkelijkt (O'Connor, 2011). Het *integrated motivational-volitional* model kan samen met de resultaten van het huidige onderzoek een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van preventieve interventies voor scholen gericht op piekeren als risicofactor van suïcidaliteit.

Onderzoek naar piekeren levert niet alleen een bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur, deze kennis kan ook worden ingezet om behandelingen gericht op suïcidaliteit te ontwikkelen. Een voorbeeld van een behandeling waarbij piekeren wordt ingezet om suïcidale gedragingen te verminderen is de *web-based self-help* interventie van Van Spijker, Van Straten en Kerkhof (2010). Deze behandeling is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie [CGT] en streeft naar het controleren van de gedachten aan zelfdoding om suïcidaliteit tegen te gaan. Het onderliggende cognitieve model stelt dat emoties en gedragingen beïnvloed worden door de interpretatie van gebeurtenissen en situaties (Van Spijker, Van Straten, &

Kerkhof, 2010). Dysfunctionele cognities, zoals piekeren, kunnen ten grondslag liggen aan deze interpretaties en dragen bij aan de ontwikkeling van mentale stoornissen. De *web-based self-help* interventie maakt gebruik van verschillende CGT-technieken die gericht zijn op de herstructurering van piekergedachten (Van Spijker, Van Straten, & Kerkhof, 2010). De effectiviteit van CGT is middels een meta-analyse van 16 onderzoeken bewezen en wordt daarom tegenwoordig vaak gebruikt (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

De *web-based self-help* interventie bestaat uit zes modules: denken aan zelfdoding, omgaan met hevige gevoelens en crisis, automatische gedachten, denkgewoonten, anders leren denken en omgaan met toekomstige tegenslagen (Van Spijker, Van Straten, & Kerkhof, 2010). Mede doordat uit onderzoek blijkt dat in Nederland 64% van de suïcidale individuen niet in contact is geweest met de geestelijke gezondheidszorg binnen het jaar vóór de suïcide (Huisman, Robben, & Kerkhof, 2009), is gekozen om de interventie online aan te bieden. Internet is van belang als bron van informatie en communicatiemiddel, maar met name vanwege de anonimiteit van het internet is de interventie toegankelijker voor individuen met mentale problematiek. Doordat onderzoek toenemend bewijs levert voor de relevantie van piekeren als risicofactor van suïcidale gedragingen, kunnen effectieve behandelingen, zoals de *web-based self-help* interventie, ontwikkeld worden. Deze behandeling was tot nu toe alleen beschikbaar voor volwassenen, maar de resultaten van de huidige studie benadrukken de noodzaak voor de ontwikkeling van dergelijke interventies gericht op adolescenten.

In tegenstelling tot de verwachting werd de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen van Nederlandse adolescenten in de huidige studie niet versterkt door het waargenomen stigma. Een mogelijke verklaring voor het non-significante moderatie-effect is dat het waargenomen stigma alleen bij gelabelde individuen geassocieerd wordt met suïcidale gedragingen, terwijl bij personen die niet gelabeld zijn met een mentale stoornis het waargenomen stigma nauwelijks een rol speelt (Oexle et al., 2017). Overeenkomstig stelt de *Modified Labelling* theorie dat in een maatschappij stigmatisering alleen van invloed is op individuen die gelabeld zijn met een mentale stoornis (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989). Terwijl stigmatisering met betrekking tot mentale problematiek voor niet-gelabelde personen grotendeels irrelevant is, zullen gelabelde individuen angst ontwikkelen voor sociale afwijzing en hun copingsmechanismen aanpassen. Als gevolg zullen deze gelabelde personen hun mentale stoornis verbergen en geheimhouden om stigmatisering te vermijden (Link et al., 1989). Aangezien de steekproef van het huidige onderzoek bestaat uit een non-klinische populatie van Nederlandse adolescenten, is volgens het onderzoek van Oexle en collega's (2017) en de *Modified Labelling* theorie te verwachten dat het

waargenomen stigma als moderator geen significante bijdrage levert in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen.

Een andere mogelijke verklaring voor de non-significante moderator in de huidige studie, is de keuze om het waargenomen stigma te meten aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Aangezien er bij vragenlijsten het risico op sociaal-wenselijke antwoorden bestaat (Dodou & De Winter, 2014), biedt dit meetinstrument wellicht niet een betrouwbare weerspiegeling van de werkelijke stigmatisering van de participerende adolescenten. Er wordt daarom aanbevolen om in vervolgonderzoek gebruik te maken van meerdere instrumenten. Het combineren van verschillende meetinstrumenten zorgt namelijk voor een betrouwbaardere weerspiegeling van de werkelijke situatie (Oosterlaan & Veerman, 2016). Mogelijk wordt het waargenomen stigma in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen betrouwbaarder gemeten wanneer er gebruik gemaakt wordt van een combinatie van instrumenten, zoals gestandaardiseerde vragenlijsten en semigestructureerde interviews. Daarnaast meet de vragenlijst die in de huidige studie is ingezet om het waargenomen stigma te meten, namelijk de *Depression Stigma Scale*, het zelfstigma en het waargenomen stigma richting *depressie*. Echter, in het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van suïcidale gedragingen als afhankelijke variabele. Toekomstig onderzoek zou stigmatisering gericht op suïcidale gedragingen mee moeten nemen, ondanks dat depressie een belangrijke risicofactor van suïcidaliteit is (Lewinsohn, 1996). Een dergelijk instrument is nog niet gevalideerd voor adolescenten, dit zou een goede propositie voor vervolgonderzoek zijn.

Daarbovenop zijn er nog enkele beperkingen van de huidige studie te benoemen. Zo is het huidige onderzoek uitgevoerd in een specifieke regio in Nederland, namelijk in Zuidoost-Brabant, waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere regio's wordt beperkt. Ook is er alleen gebruikt gemaakt van de data die betrekking heeft op de baseline meting van het onderzoek van Gijzen en collega's (2018). Het is daarom niet mogelijk om aan de hand van de resultaten van de huidige studie conclusies te trekken over causaliteit en lange termijn-effecten. Een andere suggestie is dat vervolgonderzoek gebruik maakt van een longitudinaal onderzoeksdesign. Op deze manier kunnen er betrouwbaardere conclusies met betrekking tot langetermijneffecten worden getrokken.

Naast de beperkingen van het huidige onderzoek, zijn er ook sterke punten te benadrukken. Zo is er gebruik gemaakt van een grote steekproef waarin een evenredige verdeling van sekse aanwezig was en het opleidingsniveau van adolescenten een groot bereik had. Verder bestonden de participanten uit een groep non-klinische adolescenten, waardoor een representatief beeld geschetst is van de gemiddelde Nederlandse populatie. Uit onderzoek

naar de effectiviteit van preventieve interventies gericht op depressie is gebleken dat er een behoefte is aan onderzoek dat is uitgevoerd in *real-life* omstandigheden (Brunwasser & Garber, 2016). Hiervan was sprake in de huidige studie.

Concluderend is uit voorgaand onderzoek gebleken dat piekeren een belangrijke risicofactor van suïcidaliteit bij volwassenen is (Kerkhof & Spijker, 2011; Tucker et al., 2017). Het blijkt dat deze relatie ook aanwezig is bij vroege adolescenten in Nederland. Met behulp van het huidige onderzoek is aangetoond dat er een positieve relatie is tussen piekeren en suïcidale gedragingen. Ondanks dat het waargenomen stigma geen significante rol speelt als moderator in deze relatie, is het toch van belang dat er meer onderzoek gedaan wordt naar deze vorm van stigmatisering in de relatie tussen piekeren en suïcidale gedragingen. Uit eerder onderzoek is namelijk wel gebleken dat het waargenomen stigma een rol speelt bij mentale problematiek, zoals suïcidaliteit (Corrigan & Kosyluk, 2014). De resultaten van de huidige studie leveren belangrijke implicaties voor de praktijk. Preventieve interventies die zich richten op piekeren zijn van belang om het risico op suïcidale gedragingen te verkleinen. Voordat deze interventies kunnen worden ontwikkeld, is belangrijk dat er meer longitudinaal onderzoek gericht op suïcidaliteit in de adolescentie wordt uitgevoerd. Op deze manier kan suïcide als doodsoorzaak onder jongeren worden tegengegaan.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Allen, P., Bennet, K., & Heritage, B. (2014). *SPSS Statistics version 22: A practical guide*. Victoria, Australia: Cengage Learning.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice*, (pp.77-108). New York, NY, US: the Guilford Press.
- Brunwasser, S. M., & Garber, J. (2016). Programs for the prevention of youth depression: Evaluation of efficacy, effectiveness, and readiness for dissemination. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45, 763-783.
doi:10.1080/15374416.2015.1020541
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569-581.
doi:10.1016/S0005-7967(96)00116-7
- Corrigan, P. W., & Kosyluk, K. A. (2014). Mental illness stigma: Types, constructs, and vehicles for change. In P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (pp. 35-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922.
doi:10.1016/j.cpr.2010.06.004
- De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551. doi:10.1016/j.paid.2008.12.010
- Dijkstra, M. (2010). *Factsheet preventie van suïcidaliteit*. Verkregen van, 13 oktober 2019, <http://www.Trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/preventie/af/af0933-factsheetpreventie-van-suicide>

- Dodou, D., & De Winter, J. C. F. (2014). Social desirability is the same in offline, online, and paper surveys: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, *36*, 487-495. doi:10.1016/j.chb.2014.04.005
- Gijzen, M. W. M., Creemers, D. H. M., Rasing, S. P. A., Smit, F., & Engels, R. C. M. E. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *18*, 124-135. doi:10.1186/s12888-018-1710-2
- Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee A. C., Nock, M. K., & Auerbach, R. P. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*, 971-983. doi:10.1007/s10802-016-0214-0
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *185*, 342-349. doi:10.1192/bjp.185.4.342
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mentalhealth help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*, 1-9. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences: A systematic review. *Plos One*, *11*, 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0162688
- Huisman, A., Robben, P. B. M., Kerkhof, A. J. F. M. (2009). An examination of the Dutch Health Care Inspectorate's supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatric Services*, *60*, 80-85. doi:10.1176/ps.2009.60.1.80
- Kerkhof, A. J. F. M., Huisman, A., Vos, C., Smits, N. (2015). Handleiding VOZZ & VOZZ screen: Vragenlijst over Zelfdoding. Amsterdam: Amsterdam VU.
- Kerkhof, A. J. F. M., & Van Spijker, B. V. (2011). Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. In O'Connor, Platt, & Gordon, *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 199-209). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental illness: A critical appraisal. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *17*, 10-13. doi:10.1017/S1121189X0000261X

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46. doi:10.1111/j.1468-2850.1996.tb00056.x
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423. doi:10.2307/2095613
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Wiley series in clinical psychology. Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70, 300-310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In O'Connor, Platt, & Gordon, *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, (pp. 181-198). Chichester: Wiley-Blackwell.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, 1-10. doi:10.1098/rstb.2017.0268
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., ... Rüschi, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 53-60. doi:10.1017/S2045796015001018
- Oosterlaan, J., & Veerman, J. W. (2016). Achtergronden en gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van emotionele en gedragsproblemen. In J. A. Tak, J. D. Bosch, S. Begeer, & G. Albrecht (Red.), *Handboek Psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen en adolescenten* (8^e ed., pp. 211-278). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

- Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., & Maughan, B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: The Isle of Wight study. *Psychological Medicine, 40*, 1453-1466. doi:10.1017/S0033291709991905
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: Results from the 2007 Australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 729-735. doi:10.3109/00048671003705458
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2013). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 231-239. doi:10.1007/s00127-013-0745-4
- Tucker, R. P., O'Connor, R. C., & Wingate, L. R. (2016). An investigation of the relationship between rumination styles, hope, and suicide ideation through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 20*, 553-566. doi:10.1080/13811118.2016.1158682
- Tucker, R. P., Smith, C. E., Hollingsworth, D. W., Cole, A. B., & Wingate, L. R. (2017). Do thought control strategies applied to thoughts of suicide influence suicide ideation and suicide risk? *Personality and Individual Differences, 112*, 37-41. doi:10.1016/j.paid.2017.01.019
- Van Spijker, B. A. J., Van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2010). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: A randomized controlled trial. *Trials, 11*, 1-7. doi:10.1186/1745-6215-11-25

Bijlagen

Bijlage 1. Het *Integrated Motivational-Volitional* model van suïcidaal gedrag

