

---

## 32 Suïcide in penitentiaire inrichtingen

*Louis Favril en Marieke Liem*

- 1 Epidemiologie
    - 1.1 Verschillen tussen landen
    - 1.2 Suïcidale gedachten en pogingen
  - 2 Verklaringsmodellen
    - 2.1 Importmodel
    - 2.2 Deprivatiemodel
    - 2.3 Gecombineerd model
  - 3 Risicofactoren bij gedetineerden
    - 3.1 Demografische kenmerken
    - 3.2 Geïmporteerde kwetsbaarheden
    - 3.3 Criminologische factoren
    - 3.4 Detentiespecifieke stressoren
    - 3.5 Samenvattend
  - 4 Omstandigheden en patronen
  - 5 De noodzaak van preventie
  - 6 Tot besluit
- Literatuur

## 1 Epidemiologie

Vandaag de dag zijn wereldwijd ongeveer tien miljoen personen opgesloten in een penitentiaire inrichting (gevangenis). Jaarlijks circuleren meer dan dertig miljoen individuen door het gevangenisstelsel. Internationaal vormt suïcide een van de belangrijkste doodsoorzaken onder deze gedetineerden, goed voor 30-50% van alle overlijdens binnen de gevangenis muren. Recent onderzoek toont aan dat het suïcidecijfer, uitgedrukt in het aantal suïcides per 100.000 personen, bij gedetineerden minstens driemaal zo hoog is ten opzichte van individuen in de vrije maatschappij (Fazel, Ramesh, & Hawton, 2017).

### 1.1 Verschillen tussen landen

Hoewel verschillen in het beleid en de structuur van nationale detentiesystemen een precieze vergelijking tussen landen bemoeilijken, kunnen we toch enkele in het oog springende verschillen observeren. In het licht van de Europese statistieken vertonen Canada, de Verenigde Staten en Australië bijvoorbeeld beduidend lagere suïcidecijfers bij gedetineerden. In tabel 32.1 wordt het gemiddelde suïcidecijfer van enkele Europese landen weergegeven over de jaren 2004 tot 2013. Daaruit blijkt dat in deze tienjarige periode Frankrijk het hoogste suïcidecijfer kent (164 suïcides per 100.000 gedetineerden) en Spanje het laagste (47 per 100.000). Met een suïcidecijfer van 122 plaatst België zich eerder aan de bovengrens; Nederland doet het iets beter (98 per 100.000). We moeten evenwel opmerken dat deze cijfers een onderschatting vormen. Dit is te wijten aan de misclassificatie van suïcides als ongevallen (bijvoorbeeld een overdosis) of als sterfgevallen ten gevolge van onbekende oorzaken. Ongeacht de werkelijke incidentiecijfers kunnen we concluderen dat suïcide een ernstig probleem vormt binnen de gevangenis muren en er disproportioneel vaker voorkomt in vergelijking met de algemene samenleving van vergelijkbare leeftijd.

**Tabel 32.1 Suïcide in Europese gevangenis (gemiddelde data 2004-2013)**

Land	Populatie	Sterfgevallen per jaar	Suïcides per jaar (%)	Suïdecijfer*
België	10.781	46	13 (28,3)	122
Denemarken	3826	10	5 (50,0)	126
Duitsland	74.327	148	66 (44,6)	88
Engeland en Wales	81.531	185	70 (37,8)	87
Frankrijk	63.408	197	102 (51,8)	164
Italië	58.603	151	52 (34,4)	92
Nederland	15.090	33	15 (45,5)	98
Oostenrijk	8634	33	10 (30,3)	122
Portugal	12.477	72	12 (16,7)	98
Spanje	61.549	214	29 (13,6)	47
Zweden	6829	14	6 (42,9)	87

\*Aantal suïcides per 100.000 gedetineerden (berekend op basis van de gemiddelde populatie en het gemiddeld aantal suïcides per jaar).

Bron: *Annual Penal Statistics (SPACE I)* van de Raad van Europa, jaarrapporten 2004-2013.

### 1.2 Suïcidale gedachten en pogingen

Niet enkel suïcides vormen een reden tot bezorgdheid. Buitenlands onderzoek toont aan dat meer dan een derde van alle gedetineerden ooit suïcide overwoog in het leven en dat grofweg een op de vijf gedetineerden ooit een suïcidepoging ondernam, al dan niet tijdens een periode van detentie. In België is dit niet anders, waar de lifetimeprevalentie van suïcidale ideatie en suïcidepogingen bij gedetineerden respectievelijk 44% en 22% bedraagt (Favril, Vander Laenen, & Audenaert, 2017). Aangezien suïcidale ideatie en suïcidepogingen erg belangrijke risicofactoren vormen voor toekomstig suïcidaal gedrag, ook in de detentiecontext (Fazel e.a., 2008), zijn deze onderzoeksbevindingen alarmerend.

## 2 Verklaringsmodellen

---

Het verhoogde suïciderisico bij gedetineerden impliceert dat iets wat specifiek is aan detentie – zij het de gevangeniscontext dan wel de personen daarbinnen – hiervoor verantwoordelijk is. In het verlengde van deze opdeling worden in de (criminologische) literatuur twee dominante verklaringsmodellen beschreven.

### 2.1 Importmodel

Ten eerste vormen gedetineerden een kwetsbare groep (Favril & Dirkzwager, 2019). Personen met een hoog suïciderisico zijn disproportioneel aanwezig in de gevangenis, onder andere gekenmerkt door risicofactoren zoals een lage sociaal-economische status, impulsiviteit, fysieke gezondheidsproblemen en een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag. Bovendien blijken psychiatrische stoornissen duidelijk oververtegenwoordigd binnen de muren van de gevangenis. Specifieker wordt de prevalentie van psychotische en depressieve stoornissen bij gedetineerden op respectievelijk 4% en 11% geschat (Fazel & Seewald, 2012). Bij grofweg een kwart van alle inkomende gedetineerden zou sprake zijn van een stoornis in het gebruik van alcohol, terwijl nog hogere cijfers (30-50%) worden gerapporteerd wat betreft drugsverslaving (Fazel, Yoon, & Hayes, 2017). Omdat deze kwetsbaarheden hun oorsprong vinden in de buitenwereld en vervolgens worden geïmporteerd in de gevangenis wanneer de persoon wordt opgesloten, wordt deze verklaring ook wel het *importmodel* genoemd.

### 2.2 Deprivatiemodel

Ten tweede worden gedetineerden, eenmaal opgesloten, blootgesteld aan detentiespecifieke deprivaties en stressoren. Het verlies van vrijheid, autonomie en interpersoonlijke relaties zijn algemene *pains of imprisonment* waarmee gedetineerden geconfronteerd worden. Overbevolking, het slachtoffer worden van pesterijen, bedreigingen en geweld, en een gebrek aan een zinvolle dagbesteding zijn specifiekere aspecten van het detentieleven die worden gelinkt aan het suïciderisico bij gedetineerden (Dear, 2006). Dit *deprivatiemodel* beklemtoont dat suïcide bij gedetineerden een gevolg is van de kenmerken en ontberingen die eigen zijn aan de (gesloten context van de) gevangenis, onafhankelijk van persoonsgebonden kenmerken.

### 2.3 *Gecombineerd model*

Het hoge suïdecijfer in detentie wordt dus enerzijds in verband gebracht met de toestroom van kwetsbare personen in de gevangenis en anderzijds met de suïcidebevorderende factoren van de detentie. Eerder dan een of-of-verhaal dient suïcide bij gedetineerden te worden verklaard vanuit de interactie tussen het individu (importfactoren) en diens omgeving (deprivatiekenmerken). Wetenschappelijk onderzoek beklemt oont inderdaad een *gecombineerd model* voor suïcidaal gedrag in detentie, waarbij reeds kwetsbare personen worden blootgesteld aan een stressvolle context (Favril & Vander Laenen, 2015). Deze empirische vaststelling is complementair met het (psychiatrische) *stress-kwetsbaarheidmodel* uit hoofdstuk 6. Dit model operationaliseert suïcide als het resultaat van de complexe wisselwerking tussen enerzijds een voorbeschikkende kwetsbaarheid (diathese) van het individu en anderzijds de situationele, omgevingsgebonden stressfactoren waarmee hij of zij geconfronteerd wordt. Dit impliceert dat suïcidaal gedrag niet louter ontstaat onder invloed van proximale triggers of uitlokkende gebeurtenissen (stressoren), maar wel in interactie met een distale kwetsbaarheid. De belangrijkste risicofactoren voor suïcide bij gedetineerden worden in de volgende paragraaf besproken.

## 3 Risicofactoren bij gedetineerden

---

### 3.1 *Demografische kenmerken*

In absolute cijfers betreft het merendeel van alle suïcides in detentie mannen. Dat is logisch vanwege de overwegend mannelijke gevangenispopulatie. Hoewel mannen vaker dan vrouwen overlijden door suïcide in de algemene samenleving, toont onderzoek aan dat de suïdecijfers naar geslacht vergelijkbaar zijn tussen gedetineerde mannen en vrouwen. Wanneer wordt vergeleken met de algemene bevolking van vergelijkbare leeftijd, zien we dan ook dat gedetineerde vrouwen een proportioneel hoger suïciderisico kennen dan hun mannelijke tegenhangers. Het effect van leeftijd is niet eenduidig, maar de meerderheid van alle gedetineerden die overlijden door suïcide, is tussen de 30 en 40 jaar oud. Gedetineerden met een buitenlandse nationaliteit hebben een lager risico om te overlijden door suïcide tijdens de detentie. Hierbij aansluitend blijkt, uit westerse studies althans, dat etnisch-culturele minderheden proportioneel ondervertegenwoordigd zijn in de suïcidestatistieken ten opzichte van westerlingen, die het hoogste suïciderisico kennen. Deze bevindingen kunnen we (deels) verklaren door religieuze overtuigingen en culturele attitudes die beschermend zijn tegen suïcide.

### 3.2 *Geïmporteerde kwetsbaarheden*

Meer eenduidigheid is er wat betreft de geïmporteerde kwetsbaarheden van gedetineerden. Net zoals in de vrije samenleving is suïcide in detentie sterk gerelateerd aan psychiatrische morbiditeit. Een psychiatrische stoornis (in het bijzonder psychotische stoornissen, stemmingsgerelateerde stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), een voorgeschiedenis van psychiatrische hulpverlening en het nemen van psychoactieve medicatie zijn alle belangrijke risicofactoren voor suïcide. Comorbiditeit verhoogt dit suïciderisico nog verder. Een andere factor positief geassocieerd met suïcide in detentie is

voorgaand suïcidaal gedrag; ongeveer de helft van alle gedetineerden die overlijden door suïcide, heeft een voorgeschiedenis van een suïcidepoging (Fazel e.a., 2008). Ook psychologische factoren tonen een duidelijk verband met suïcide bij gedetineerden. Slachtofferschap van seksueel misbruik en emotionele of fysieke (kinder)mishandeling, net als agressief-impulsieve persoonlijkheidskenmerken, zijn distale kwetsbaarheidsfactoren die het risico van suïcide in deze populatie aanzienlijk verhogen.

### 3.3 *Criminologische factoren*

Afgezien van deze kwetsbaarheidsfactoren vormt een opsluiting een stressvolle gebeurtenis, in het bijzonder tijdens de eerste fase van de detentie. De transitie van de vrije samenleving naar de gevangenis impliceert een abrupt verlies van vrijheid en autonomie, al dan niet gepaard met detoxificatieverschijnselen. De terugkerende bevinding dat deze initiële fase (vooral de eerste dagen tot weken) een hoogrisicoperiode voor suïcide inhoudt, is dan ook weinig verwonderlijk. In diezelfde lijn brengt ook de periode kort ná vrijlating een verhoogd risico met zich mee. Hierbij staan onzekerheid over de toekomst, het geconfronteerd worden met sociale isolatie buiten de muren van de gevangenis, en het gebrek aan praktische zaken zoals huisvesting en werk vaak centraal.

In vergelijking met veroordeelde gedetineerden hebben personen in voorhechtenis (beklaagden) een verhoogd suïciderisico. Factoren zoals de nabijheid van het misdrijf, de onzekerheid aangaande het vonnis en de strafmaat, en gevoelens van schuld of schaamte vormen extra bronnen van stress die beklagden kunnen ervaren, boven op de initiële schok van de opsluiting. Onder veroordeelde gedetineerden vertonen voornamelijk langgestraften (onder wie degenen met een levenslange gevangenisstraf) het hoogste suïciderisico. De langdurige detentieperiode die gepaard gaat met hun strafmaat, vergroot de waarschijnlijkheid van blootstelling aan stressoren en risicoperioden (zoals conflicten met medegedetineerden, familiale problemen, verlieservaringen of negatief advies over de voorwaardelijke invrijheidstelling) en begrenst bovendien hoop en toekomstperspectieven. Voor deze groep verdwijnt de buitenwereld steeds meer naar de achtergrond, terwijl men meer vergroeid raakt met de penitentiaire inrichting. Wanneer men een zeer lange of zelfs een levenslange gevangenisstraf ondergaat, kan het verdwijnen van toekomstperspectief leiden tot vragen op het gebied van zingeving.

Wat betreft de aard van de feiten, kunnen we eveneens verschillen observeren. Voor personen die veroordeeld zijn voor, of verdacht worden van, levensdelicten en seksuele feiten, is het waarschijnlijker dat ze suïcide plegen, wanneer we hen vergelijken met degenen die bijvoorbeeld voor drugsgelateerde misdrijven of vermogensdelicten zijn opgesloten. Dit is in het bijzonder het geval voor personen die worden verdacht van doding van een gezinslid, zoals een kind en/of partner, met wie men een afhankelijkheidsrelatie had. In dergelijke gevallen is er niet zelden sprake van een wens zich door middel van suïcide bij het slachtoffer te voegen.

We moeten evenwel opmerken dat de gemelde criminologische factoren geenszins onafhankelijk van elkaar zijn. Zo is het mogelijk dat het positieve verband tussen geweldsdelicten en het suïciderisico beïnvloed wordt door de (dreiging van een) langere strafmaat die gepaard gaat met ernstige misdrijven. Bovendien worden zowel geweldsdelicten als suïcidaal gedrag in verband gebracht met een onderliggende tendens naar impulsiviteit en agressie. Derhalve is het moeilijk om uit te maken of de relatie tussen suïcide en

gewelddadige delicten verband houdt met de vernauwing van toekomstperspectieven geassocieerd met (het vooruitzicht van) een lange gevangenisstraf, dan wel met impulsiviteit en agressie (zowel gericht naar anderen als naar zichzelf). Deze laatste hypothese sluit aan bij de *interpersoonlijke psychologische theorie* van suïcidaal gedrag (zie hoofdstuk 6), waarbij het suïciderisico, en vooral het vermogen om over te gaan tot suïcidaal gedrag, verband houdt met voorgaande ervaringen met gewelddadig gedrag. In elk geval lijkt het erop dat gewelddadige delinquenten oververtegenwoordigd zijn onder gedetineerden die suïcide plegen, vergeleken met de algemene gevangenisbevolking.

### 3.4 *Detentiespecifieke stressoren*

Naast criminologische kenmerken spelen detentiespecifieke variabelen een rol. Centraal hierbij staan (het gebrek aan) sociale ondersteuning, positieve contacten en mogelijkheden tot een zinvolle invulling van de detentieperiode. Sociaal contact en sociale steun zijn een belangrijke buffer tegen suïcidaal gedrag bij gedetineerden. Het regelmatig bezoek (kunnen) ontvangen tijdens de detentie vormt een beschermende factor tegen suïcide. Niet enkel familie en vrienden buiten de gevangenis zijn in dit opzicht belangrijk. Sociale ondersteuning binnen de detentiecontext, door medegedetineerden en penitentiair (bewakings)personeel, blijkt een gelijkaardig protectief effect te hebben. Omgekeerd hebben personen die tijdens de opsluiting het slachtoffer zijn van pesterijen, bedreigingen en geweld een hoger risico van suïcide. Ook onvoldoende mogelijkheden tot zinvolle activiteiten zijn in deze context van belang. Weinig mogelijkheden tot sport, onderwijsactiviteiten of werkgelegenheid binnen de gevangensismuren hebben als implicatie dat gedetineerden langer in hun cel verblijven (en dus minder sociaal contact hebben), wat weer een verhoogd risico van suïcide meebrengt. Overkoepelend is het weinig verwonderlijk dat overbevolking een nefaste impact heeft op deze elementen. Een lagere personeel-gedetineerdenratio impliceert immers een verminderde toegang tot (psycho)medische zorg, meer frustraties en dus meer geweldsincidenten, alsook minder mogelijkheden tot zinvolle activiteiten.

### 3.5 *Samenvattend*

Een veelheid van risicofactoren die de kans op suïcide tijdens een opsluiting vergroten, is in kaart gebracht (zie tabel 32.2). Gedetineerden vertonen vaak al risicofactoren wanneer ze de gevangenis binnenkomen, en het gevangenschap zelf kan hen extra kwetsbaar maken voor suïcide. Overkoepelend moge duidelijk zijn: welke chronische of acute stressoren gedetineerden precies ervaren, en de manier waarop deze (als problematisch) worden gepercipieerd, hangt mede af van hun geïmporteerde eigenschappen, zoals de persoonlijkheid en psychopathologie.

## 4 *Omstandigheden en patronen*

---

Niet alleen het (her)kennen van risicofactoren voor suïcide, maar ook de omstandigheden waarin deze plaatsvinden, kan richting geven aan suïcidepreventie binnen de detentiecontext. Zo vindt tot 90% van alle suïcides in detentie plaats door middel van verhangingswuring of verstikking (Favril e.a., 2019). Dit is een logisch gevolg van de restrictieve

**Tabel 32.2 Risicofactoren voor suicide in detentie**

<i>Persoonsgebonden factoren</i>	<i>Detentiespecifieke factoren</i>
<i>Demografisch</i>	<i>Criminologisch</i>
– Vrouwelijk geslacht	– Voorhechtenis (beklaagd)
– 30-40 jaar oud	– Initiële detentieperiode
– Westerse nationaliteit	– (Levens)lange gevangenisstraf
– Etnisch-culturele meerderheid	– Seksuele delicten of levensdelicten
<i>Kwetsbaarheden</i>	<i>Deprivaties en stressoren</i>
– Misbruik/mishandeling	– Beperkte sociale ondersteuning
– Impulsiviteit en agressie	– Pesterijen, bedreigingen en geweld
– Psychiatrische (co)morbiditeit	– Gebrek aan zinvolle activiteiten
– Voorgaand suïcidaal gedrag	– Overbevolking

en gecontroleerde aard van detentie, wat de beschikbaarheid van middelen tot suicide begrenst. Verhanging gebeurt veelal door middel van bedlinnen, vetes of broeksriemen, vastgemaakt aan het traliewerk van het celraam of een ander verankeringspunt in de cel. Deze middelen zijn, in tegenstelling tot bijvoorbeeld vuurwapens, vrij beschikbaar in detentie.

Het merendeel van alle suïcides vindt plaats in de eigen cel, in het bijzonder wanneer de gedetineerde er alleen verblijft. Oorzaken hiervoor zijn tweeeërlei. Ten eerste kan een plaatsing in een individuele cel te wijten zijn aan specifieke eigenschappen van de gedetineerden die er verblijven (zoals een psychiatrische problematiek). Ten tweede gaat het gebrek aan een celgenoot gepaard met een vermindering van sociaal contact en sociale controle, waardoor de suïcidale gedetineerde doorgaans voldoende tijd en privacy heeft om ongemoeid de suïcidale daad uit te voeren. De relevantie van individuele celaccommodatie moeten we eerder als een faciliterende factor zien dan als een oorzakelijke factor. Ditzelfde geldt voor de plaatsing van een gedetineerde in eenzame opsluiting ('isolatie') als disciplinaire maatregel of veiligheidsmaatregel. Hoewel de plaatsing in een veiligheidscel niet zelden wordt aangewend als een preventieve maatregel bij suïcidale gedetineerden, kan het verblijven in een dergelijke cel juist het suïciderisico verhogen. De omstandigheden die eigen zijn aan afzondering (isolatie, sensorische deprivatie en constante opsluiting), kunnen immers gevoelens van angst, depressie en hopeloosheid verder versterken.

Qua tijdstip vindt de meerderheid van alle suïcides plaats bij een lage(re) personeelsbezetting, zoals 's avonds en 's nachts. Suïcides bij gedetineerden die alleen in hun cel verblijven, vinden frequenter in de nacht plaats, terwijl degenen in een meerpersoonscel vaker overdag suicide plegen, wanneer de celgenoten niet aanwezig zijn omwille van bezoek, werk of een wandeling.

## 5 De noodzaak van preventie

Suicide onder gedetineerden vormt een ingrijpende gebeurtenis in een al stressvolle context. Het is dan ook weinig verwonderlijk dat de preventie ervan een internationale prioriteit vormt; effectieve preventiestrategieën zijn niet alleen noodzakelijk, maar maken ook deel uit van een veilige en humane uitvoering van de vrijheidsberovende straf. De bespreking van risicofactoren toont duidelijk aan dat een suicide steeds het resultaat is van een wisselwerking tussen persoonsgebonden kwetsbaarheden en situatiegebonden stressoren. Het is dus vanzelfsprekend dat een suicidepreventiebeleid zich zowel op de persoon van de gedetineerde als op de detentiecontext dient te richten. Onderzoek identificeerde al enkele sleutelcomponenten van suicidepreventie in penitentiaire inrichtingen (Barker, Kølves & De Leo, 2014; Cramer e.a., 2017; Hayes, 2013; Konrad e.a., 2007; Marzano e.a., 2016; NICE, 2018).

- *Opleiding van personeel, specifiek met betrekking tot suicidepreventie.* De relatie tussen gedetineerden en het penitentiair personeel vormt de hoeksteen van een succesvolle suicidepreventie. Het (herhaald) aanreiken van opleiding, ondersteuning en begeleiding voor het penitentiair personeel (met inbegrip van zorgverleners) kan inwerken op hun deskundigheid om (non-)verbale signalen van suicidaliteit vroegtijdig te herkennen en adequaat op het suiciderisico en crisissituaties te reageren. Daarnaast kan het attitudes wijzigen en eventuele misvattingen corrigeren (bijvoorbeeld dat suïcidale gedetineerden manipulatief en aandachtzoekend zijn).
- *Systematische bepaling van het suiciderisico.* Aangezien de periode kort na de opsluiting een risicoperiode vormt voor suicide, is het belangrijk om bij de intake hoogrisicogedetineerden te identificeren, bijvoorbeeld door middel van een gestandaardiseerd screeninginstrument (Gould, McGeorge, & Slade, 2018). Gelet op de fluctuerende aard van suïcidaal gedrag dient screening op periodieke basis te gebeuren, gedurende het detentieverloop en in het bijzonder bij risicoperioden (zoals een overplaatsing, de periode rond het proces of vonnis, en verlieservaringen). Na identificatie van een hoog risico is het cruciaal dat wordt verwezen naar de relevante diensten en dat in geïndiceerde maatregelen wordt voorzien, zoals observatie, psychosociale ondersteuning en verdere opvolging.
- *Restrictieve maatregelen en situationele preventie.* Architecturale aspecten van de penitentiaire inrichting bieden mogelijkheden de suïcidale gedetineerde te beschermen en de uitvoering van de suicide te bemoeilijken of te verhinderen. Aangezien de meerderheid van de suïcides door middel van verhangingsbeurtenis gebeurt, dienen potentiële verankeringspunten geminimaliseerd te worden in de inrichting van de cellen. Hierbij aansluitend kunnen situationele preventie maatregelen worden aangewend indien de situatie dit vereist, zoals het verwijderen van voorwerpen, nauwlettende monitoring (al dan niet via cameratoezicht) of de plaatsing in een meerpersoonscel. Uitsluitend met het oog op de bescherming van de fysieke veiligheid dient de tijdelijke overplaatsing naar een speciale (veiligheids)cel of afdeling als *ultimum remedium* te worden toegepast, aangezien ze als bestraffend kan worden ervaren en sociale isolatie juist een risicofactor vormt voor suicide (Haney, 2018). Omdat restrictieve en situationele preventie een vals gevoel van veiligheid met zich mee kunnen brengen, mogen deze interventies niet 'geïsoleerd' worden toegepast, maar dienen ze steeds gepaard te gaan met voldoende (psycho)sociale ondersteuning.

- *Detentieklimaat.* Het aanbieden van voldoende zinvolle activiteiten (zoals werk, sport en opleidingen), interventies gericht op het verminderen van pesterijen, het bevorderen van sociale ondersteuning en interactie met het penitentiair personeel, en het faciliteren van contact met de buitenwereld (via bezoek of telefonisch) kunnen een beschermend effect hebben (Favril e.a., 2017).
- *Psychosociale ondersteuning.* Voldoende mogelijkheden en laagdrempelige toegang tot geestelijke gezondheidszorg, inclusief drugshulpverlening, vormen een belangrijke preventiepijler. Ook therapeutische interventies bij suïcidale gedetineerden, zoals cognitieve gedragstherapie, blijken effectief in de detentiecontext (Pratt e.a., 2015).
- *Na een suïcide (poging).* In het geval dat een suïcidepoging wordt ondernomen, dient zo snel mogelijk een medische interventie plaats te vinden. De procedures en rolverdeling bij een effectieve interventie zijn idealiter genoteerd in een protocol, dat bekend is onder het personeel. De gedetineerde die de poging ondernam, moet op korte termijn psychologische nazorg worden geboden vanuit een multidisciplinair team. Suïcidepogers vormen immers de grootste risicogroep voor het begaan van een toekomstige fatale suïcide. Gezien het traumatische karakter zijn debriefing en opvang aan medege-detineerden en personeel na een suïcide (poging) van een niet te onderschatten belang. Ten slotte dienen de omstandigheden van de suïcide (poging) onderzocht te worden, waarin eventuele patronen of factoren die over het hoofd zijn gezien, kunnen worden blootgelegd.

Gezien de complexiteit van suïcidaal gedrag is een brede waaier aan preventieve maatregelen, gericht op verschillende risicofactoren en op verscheidene stadia van het suïcidale proces, van cruciaal belang. Deze strategieën zijn idealiter geïntegreerd in een omvattend en multifactorieel preventiebeleid. Ook multidisciplinaire inbedding is essentieel, waarbij alle relevante professionals bij het beleid worden betrokken. Efficiënte communicatie en overleg tussen de betrokken diensten staan hierbij centraal. Enkel door een aanpak op verschillende domeinen kan effectieve preventie worden bewerkstelligd en kan zo de incidentie van suïcide onder gedetineerden worden teruggedrongen.

## 6 Tot besluit

---

In vergelijking met hun tegenhangers in de vrije maatschappij hebben gedetineerden een sterk verhoogd risico om te overlijden door zelfdoding. Ze vertonen vaak al risicofactoren wanneer ze de gevangenis binnenkomen, en het gevangenschap zelf kan hen extra kwetsbaar maken. Hoewel bepaalde aspecten van het gevangenisleven suïcidepreventie kunnen vergemakkelijken in vergelijking met de algemene populatie (zoals verhoogd toezicht en controle) zijn er andere factoren (zoals sociale isolatie, geweld en gebrek aan zinvolle activiteiten) die het suïciderisico net kunnen verhogen bij een reeds kwetsbare populatie, gekenmerkt door een hoge mate van psychiatrische morbiditeit, drugsmisbruik en trauma. Het is duidelijk dat suïcidepreventie in de gevangenis een multifactoriële en multidisciplinaire aanpak vraagt, wil men de incidentie van suïcidaal gedrag onder gedetineerden reduceren.

## Literatuur

---

- Barker, E., Kølves, K., & De Leo, D. (2014). Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 227-240.
- Blaauw, E., Winkel, F.W., & Kerkhof, A.J.F.M. (2001). Bullying and suicidal behavior in jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28(3), 279-299.
- Cramer, R.J., Wechsler, H.J., Miller, S.L., & Yenne, E. (2017). Suicide prevention in correctional settings: current standards and recommendations for research, prevention, and training. *Journal of Correctional Health Care*, 23(3), 313-328.
- Daniel, A.E. (2006). Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(2), 165-175.
- Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., Kerkhof, A., e.a. (2007). Preventing suicide in prisons, part II. *Crisis*, 28(3), 122-130.
- Dear, G. E. (2006). *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., & Shon, J.L.P.K. (2013). Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233(1-3), 273-277.
- Dye, M.H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 796-806.
- Favril, L., & Vander Laenen, F. (2015). Suïcidaliteit in detentie: over kwetsbare personen in een stressvolle context. *Fatik*, 148, 13-20.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (2017). Suïcidaal gedrag bij gedetineerden in Vlaanderen: prevalentie en samenhang met psychische distress. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(4), 203-211.
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19-28.
- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2019). A 17-year national study of prison suicides in Belgium. *Crisis*, 40(1), 42-53.
- Favril, L., & Dirkzwager, A. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Criminologie*, 61(1).
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.
- Fazel, S., Hayes, A.J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Fazel, S., Yoon, I.A., & Hayes, A.J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739.

- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498.
- Gauthier, S., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Swiss prison suicides between 2000 and 2010. *Crisis*, 36(2), 110-116.
- Gould, C., McGeorge, T., & Slade, K. (2018). Suicide screening tools for use in incarcerated offenders: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 345-364.
- Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 433-442.
- Haglund, A., Tidemalm, D., Jokinen, J., Långström, N., Lichtenstein, P., Fazel, S., e.a. (2014). Suicide after release from prison: a population-based cohort study from Sweden. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), 1047-1053.
- Haney, C. (2018). Restricting the use of solitary confinement. *Annual Review of Criminology*, 1, 285-310.
- Hayes, L.M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *Journal of Correctional Health Care*, 18(3), 233-245.
- Hayes, L.M. (2013). Suicide prevention in correctional facilities: reflections and next steps. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 188-194.
- Huey, M.P., & McNulty, T.L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 85(4), 490-514.
- Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L., & Shaw, J. (2013). A national case-control study of risk factors for suicide among prisoners in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1177-1185.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., e.a. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2), 257-269.
- Konrad, N., Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., e.a. (2007). Preventing suicide in prisons, part I. *Crisis*, 28(3), 113-121.
- Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12, 14.
- Leese, M., Thomas, S., & Snow, L. (2006). An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 355-360.
- Lekka, N.P., Argyriou, A.A., & Beratis, S. (2006). Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(2), 87-92.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. London: Routledge.
- Liem, M. (2010). *Homicide followed by suicide*. Utrecht: Utrecht University.
- Liem, M., Kuijck, Y.A.J.M. van, & Raes, B.C.M. (2016). Detentiebeleving van (levens) langgestraften. Een empirische pilotstudie. *Delikt & Delinkwent*, 2(1), 10-29.
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E.N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis*, 37(5), 323-334.
- NICE (2018). *Preventing suicide in community and custodial settings*. London: National Institute for Health and Care Excellence.

- O'Driscoll, C., Samuels, A., & Zacka, M. (2007). Suicide in New South Wales prisons, 1995-2005: towards a better understanding. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(6), 519-524.
- Plutchik, R. (1995). Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry*, 28, 47-57.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 368(9530), 119-123.
- Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., e.a. (2015). Cognitive-behavioural suicide prevention for male prisoners: a pilot randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(16), 3441-3451.
- Pratt, D. (2016). *The prevention of suicide in prison*. New York: Routledge.
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 222-230.
- Radeloff, D., Lempp, T., Kettner, M., Rauf, A., Bennefeld-Kersten, K., & Freitag, C.M. (2017). Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. *PLoS One*, 12(6), e0178959.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2010). Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 197(4), 313-319.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS One*, 8(7), e68944.
- Sarchiapone, M., Carli, V., Di Giannantonio, M., & Roy, A. (2009). Risk factors for attempting suicide in prisoners. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(3), 343-350.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263-267.
- Stoliker, B.E. (2018). Attempted suicide: a multilevel examination of inmate characteristics and prison context. *Criminal Justice and Behavior*, 45(5), 589-611.
- Stürup-Toft, S., O'Moore, E.J., & Plugge, E.H. (2018). Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. *British Medical Bulletin*, 125(1), 15-23.
- Webb, R.T., Shaw, J., Stevens, H., Mortensen, P.B., Appleby, L., & Qin, P. (2012). Suicide risk among violent and sexual criminal offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(17), 3405-3424.
- WHO (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Genève: World Health Organization.