**Het Integrated Motivational Volitional (IMV) model van suïcidaliteit.**

***Een korte toelichting.***

Soms is er zoveel gebeurd in iemands leven, dat de hoop op een betere toekomst dreigt te verdwijnen. Zelfs zo, dat een persoon niet meer in staat is voor zijn eigen veiligheid te zorgen, maar gedachten aan zelfmoord krijgt of suïcidepogingen doet.

Zelfmoordgedachten en suïcidaal gedrag ontstaan niet zomaar; meestal gaat er een lange voorgeschiedenis aan vooraf. Onderzoek laat zien dat er verschillende factoren zijn die mensen gevoelig maken voor suïcidaliteit, en, als de suïcidale kiem is gelegd, hoe dat suïcidale proces dan verloopt.

Het IMV model van de Schotse hoogleraar Rory O’ Connor is een beknopte beschrijving van die kennis.

Het model kent drie fasen.

**De Premotivationele fase**

De Premotivationele fase beschrijft de kwetsbaarheid, de gevoeligheid om later bij zekere gebeurtenissen te reageren met suïcidaliteit.

Voor een deel bestaat die kwetsbaarheid uit karaktereigenschappen, zoals heel perfect willen zijn, of zwart-wit denken.

Je kunt ook kwetsbaar zijn voor stemmingswisselingen, of een ernstig psychische ziekte hebben.

Opgroeien in slechte sociaaleconomische omstandigheden, en grote economische crises zijn eveneens belangrijke risicofactoren.

Heel belangrijk is de *ontwikkelingsgeschiedenis*: dat wat iemand in de loop van zijn leven meemaakt.

Misbruik, mishandeling, verwaarlozing, gepest worden, het gevoel krijgen dat je er niet toe doet, dat je anders en minder bent, maken een persoon erg kwetsbaar. Ze ondermijnen je vertrouwen in jezelf en andere mensen. En als je eenmaal wantrouwend bent, sta je veel minder open om van anderen te leren. In een complexe wereld als de onze kunnen we niet (over-) leven zonder te leren van anderen.

**De motivationele fase**

Als je kwetsbaar bent, ontstaat de kiem van suïcidaliteit meestal door een *gebeurtenis* waarmee je geen raad weet. Vaak draait het om verlies: verlies van een dierbare, verlies van je werk, verlies van je partner, van je eigenwaarde, van je aanzien, van de zin van je bestaan. Die gebeurtenissen zijn soms voor iemand als het ware het bewijs van voortdurend falen: “zie je wel, niemand vindt me de moeite waard”; zie je wel dat ik stom ben”, etc. Zo’n gebeurtenis zet je volledig met je rug tegen de muur *(defeat*).

De kans op suïcidaliteit wordt groter als je je *klem* voelt zitten (*entrapment*), als je niet meer weet wat je moet doen, als je het gevoel hebt dat je verliest wat je ook doet. Het gevoel klem te zitten kan worden versterkt als je mogelijkheden om problemen op te lossen (*coping*) beperkt zijn. Maar ook als je te rigide bent in de aanpak van problemen, als je bijvoorbeeld altijd een ander de schuld geeft, of juist altijd jezelf, als je je laat overspoelen door je ellende, als je vermijdt en je ellende verdrinkt in plaats van de problemen aan te pakken. Suïcidale mensen zien ook vaak de emmer als altijd half leeg in plaats van half vol; ze onthouden enkel wat slecht ging, niet wat ze goed deden.

Klem zitten hoeft niet perse tot ernstige suïcidale gedachten en gevoelens gedrag te leiden. Of die volgende stap plaatsvindt, hangt weer af van verschillende factoren. Als een persoon het contact met andere mensen gaat afhouden, het *gevoel krijgt er niet (meer) bij te horen*, zich steeds meer tot *last* (*burdensomenes*) gaat voelen, dan worden de risico’s een stuk groter. Je hebt dan immers niet de sociale steun die ieder hard nodig heeft. Je gaat je schamen, en je verliest dan gemakkelijk het vertrouwen dat het nog goed komt, je gaat malen, kan niet meer goed slapen, en voelt je uitgeput. Niets meer lijkt van waarde; je kunt zelfs gaan denken dat *de anderen beter af zijn zonder jou*; je ontwikkelt een tunnelvisie.

Op zo’n moment komt een suïcidaal persoon in de gevarenzone, en bestaat de kans dat je van suïcidaal *denken* en *voelen* overgaat naar suïcidaal *doen (volitional)..*

**De Volitionele fase**

De laatste stap naar een daadwerkelijke suïcidepoging wordt beïnvloed door o.a. impulsiviteit, door de beschikbaarheid van middelen, door het maken en uitwerken van een concreet plan. Voorbeelden van suïcides in je eigen omgeving, van medepatiënten, van bekende mensen, zijn ook bekende risico-factoren, zeker als gezegd wordt dat ‘we hopen dat hij/zij nu rust heeft’.

Al bovengenoemde risicofactoren zijn -als je ze omkeert- ook juist *beschermende* factoren: ze verkleinen de kans op suïcide!

Als het risico niet erg acuut is, zijn belangrijke suïcide-voorkomende interventies o.a.: de persoon helpen andere manieren te ontwikkelen om problemen op te lossen, niet perse makkelijker manieren, maar wel effectiever. Essentieel is ook het vergroten van iemands zelfvertrouwen, de persoon helpen zich wat meer kwetsbaar op te stellen in plaats van zich te verbergen achter een masker, en iemand leren beter grenzen aan te geven. Het meest belangrijk is misschien wel de suïcidale persoon te leren weer anderen toe te laten in zijn leven, te begrijpen waarom hij zo slecht over zichzelf is gaan denken. Het is van belang een begin te maken met zelfacceptatie, met aanvaarden dat je misschien *anders* bent, maar niet *minder*. De hoop is dat op die manier iemand zich weer durft te *verbinden* met het leven, met zichzelf en met mensen die belangrijk voor hem zijn.

Als de suïcidaliteit urgent is, ontbreekt de tijd voor bovenstaande interventies, en zijn het helpen weghalen van middelen, het bieden van sociale steun, het betrekken van naasten en eventueel opname onder andere aangewezen.