

HANDBOEK **SUÏCIDAAL** **GEDRAG BIJ JONGEREN**



JAN MEERDINKVELDBOOM, AD KERKHOF
& INEKE ROOD

Boom

HANDBOEK SUÏCIDAAL GEDRAG BIJ JONGEREN

INDIVIDUELE EN GEZINSBEHANDELING

Jan Meerdinkveldboom, Ad Kerkhof en Ineke Rood

Boom

© J. Meerdinkveldboom, A. Kerkhof, I. Rood & Boom
uitgevers Amsterdam, 2016
Derde, herziene druk, 2019

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatie-

werken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bart van den Tooren
Verzorging binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 9789024402861
NUR 770

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	14
Voorwoord auteurs	15
Voorwoord bij deze herziene versie	16
Inleiding	18

Deel I – Uitgangspunten

1	Suïcidaal gedrag onder jongeren: definities en getallen	25
1.1	Suïcides	25
1.2	Hoe vaak komt suïcide onder jongeren voor?	26
1.3	Suïcidepogingen	28
1.4	Suïcide-ideatie of suïcidale gedachten en plannen	31
1.5	Suïcidaliteit	32
2	Hulpverlening aan jongeren met suïcidaal gedrag en hun gezin	33
2.1	Jongeren en hun ouders	33
2.2	Op weg naar volwassenheid	34
2.3	Ouders en gezin in transitie	37
2.4	Jongeren met problemen	37
2.5	Ouders betrekken bij de hulpverlening	38
2.6	De voordelen van ouderlijke betrokkenheid bij de hulpverlening	39
2.7	Onze visie in kort bestek	41
3	Reacties van ouders op het suïcidale gedrag van hun kind	42

4	Juridische aspecten	45
4.1	De Wet op de geneeskundige behandelings- overeenkomst	46
4.2	Geheimhouding bij suïcidegevaar	47
4.3	Dossiervorming	47
4.4	Aanbevelingen	47
5	De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	49
5.1	De zes essentiële elementen van goede hulpverlening	49
5.2	De Richtlijn in kort bestek	50
6	Ketenzorg	52
6.1	Richtlijnen bij ketenzorg	52
6.2	De Multidisciplinaire richtlijn en het Kwaliteits- document Ketenzorg	53
6.3	Fasering van de crisissituatie	53
6.4	Kleine zorgaanbieders	55
6.5	Doe het niet alleen!	56
7	Hulpverleners buiten de ggz	57
7.1	De context is anders	58
7.2	Als de hulp op gang gekomen is	59
7.3	Urgentie	60
8	Mythen over suïcidaal gedrag	62
9	Zelfbeschadiging	63
9.1	Wanneer is er sprake van zelfbeschadiging?	63
9.2	Motieven voor zelfbeschadiging	63
9.3	Oorzaken van zelfbeschadiging	64
9.4	Het mechanisme van zelfbeschadiging	65
9.5	Effecten op de omgeving	65
9.6	Behandeling	66
9.7	Zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag	68
9.8	Aanbevelingen	68

Deel II – Risicofactoren, diagnostiek en risicobeoordeling

10	Risicofactoren	71
10.1	Wat zijn risicofactoren?	71
10.2	Psychologische kenmerken	72
10.3	Sociale kenmerken en de levensgeschiedenis	73
10.4	Gezinsfactoren	76
10.5	Psychopathologie	79
10.6	Piekeren over suïcide	84
10.7	Bijwerkingen van somatische geneesmiddelen	85
10.8	Beschermende factoren	86
10.9	Tot slot	87
11	Diagnostiek van depressies	88
11.1	Diagnostiek van depressieve stemmingen	89
12	Diagnostiek van de suïcidaliteit	96
12.1	Diagnostiek van suïcidaal gedrag	98
12.2	Aanbevelingen	104
13	Fasering van het suïcidale proces	106
14	De presuïcidale fase (stadium 4)	108
14.1	Suïcide als enige uitweg	108
14.2	Opluchting en dwaalsporen	109
14.3	Zwijgzaamheid en ontkenning	110
14.4	Alarmfase	110
14.5	Tot slot	111
15	De afronding van het diagnostisch proces	112
15.1	De structuurdiagnose van het suïcidale gedrag	112
15.2	Aanbevelingen	116

Deel III – De behandeling van suïcidaal gedrag

16	De context en discipline van de hulpverlener	119
16.1	Ga nooit in op een verzoek tot geheimhouding	119
16.2	Licht zo snel mogelijk de ouders in	120
16.3	Houd contact	120

16.4	Beoordeel de situatie, of laat die beoordelen	120
16.5	Het vervolg	120
17	Het intake- of crisisgesprek	122
17.1	De jongere komt alleen naar de intake	123
17.2	De jongere komt samen met (een van) zijn ouders naar de intake	123
17.3	Het intakegesprek stap voor stap	124
17.4	Aanbevelingen	125
17.5	Nadere opmerkingen over een eerste contact met een suïcidale jongere	125
17.6	Dreigen met suïcide plegen	127
17.7	Aanbevelingen	127
18	Interventies op individueel niveau	128
18.1	Behandelbeleid bepalen	128
18.2	Aanbevelingen	129
19	Het veiligheidsplan	130
19.1	Hoe maak je een veiligheidsplan?	130
19.2	Aanbevelingen	135
20	Medicamenteuze behandeling	136
20.1	Algemene aspecten van de behandeling met psychofarmaca bij jongeren	136
20.2	De medicamenteuze behandelmogelijkheden	139
20.3	Medicatie gericht op het suïcidale gedrag	141
20.4	Aanbevelingen	142
21	Piekeren verminderen	143
21.1	De behandeling stap voor stap	143
21.2	Positieve gedachten en herinneringen	146
21.3	De nare nachten	147
21.4	Beschouwing	147
21.5	Aanbevelingen	148
22	Het suïcideverbod	149
22.1	De context	149
22.2	Doel van de interventie	150
22.3	De interventie	150

22.4	Het moment	151
22.5	De toon	151
22.6	De hulpverleningsrelatie	151
22.7	De ouders	152
22.8	Contra-indicaties bij de jongere	152
22.9	Contra-indicaties bij de ouders	153
22.10	Contra-indicaties bij de hulpverlener	154
22.11	Reacties op het verbod	154
22.12	Waarom kan het suïcideverbod effectief zijn?	155
22.13	Aanbevelingen	156
23	Psychotherapie van suïcidale processen	157
23.1	Depressie	158
23.2	Interpersoonlijke overgevoeligheid	158
23.3	Zelfhaat of zelfwalging	159
23.4	Falen	159
23.5	Eindeloos piekeren: chaos in mijn hoofd	160
23.6	Schaamte en schuld	160
23.7	Zinloosheid	161
23.8	Klem zitten	161
23.9	Hopeloosheid of wanhoop	161
23.10	Hulpeloosheid en onbehandelbaarheid	162
23.11	Er niet meer bij horen en anderen tot last denken te zijn	162
23.12	Slapeloosheid en uitputting	163
23.13	Repetitieve suïcidale gedachten en wensen, eerdere pogingen	163
23.14	Dwangmatig denken en angst vermijden: angst voor controleverlies	164
23.15	Intrusies	164
23.16	De hele toestand niet langer verdragen	165
23.17	Maalstroom, draaikolk, zuigkracht, de strijd opgeven – vrije keuze?	165
23.18	Ideeën en beelden van de dood	166
23.19	Therapeutische implicaties	166
23.20	Aanbevelingen	166
24	Opnemen of niet?	167
24.1	Opname op vrijwillige basis	168
24.2	Opname op onvrijwillige basis	170
24.3	Hoe vindt een onvrijwillige opname plaats?	171

24.4	De rol van de ouders bij een opname	174
24.5	Het gezinsgesprek: de veiligheid	175
24.6	Aanbevelingen	176
25	Gesprekken in het kader van een systemische benadering van het gezinssysteem	177
25.1	Uitgangspunten van de systeembenadering	177
25.2	Het gezin: algemene aspecten	179
25.3	Suïcidaal gedrag in de context van het systeem	180
25.4	De wisselwerking met reeds bestaande gezinsproblemen	180
25.5	De noodzaak van gezinsgesprekken	181
25.6	Zoeken naar nieuwe betekenissen van suïcidaal gedrag	182
25.7	Wat zijn goede vragen?	183
25.8	Circulair vragen: 'roddelen' in elkaars aanwezigheid	184
25.9	Lineaire of circulaire vragen?	185
25.10	Verbreden van het perspectief met grafische middelen	187
25.11	Beschouwing	192
25.12	Aanbevelingen	193
26	Hechttingsgerichte gezinstherapie	194
26.1	Achtergrond	195
26.2	Twee modellen	195
26.3	Opbouw en werkwijze van de ABFT	196
26.4	Eisen aan de therapeut	197
26.5	Aanbevelingen	199
27	Multiculturele gezinnen	200
27.1	Cultuurspecifieke factoren: overeenkomsten	200
27.2	Cultuurspecifieke factoren: verschillen	201
27.3	De identiteitsontwikkeling van niet-westerse jongeren	202
27.4	Invloed van taal	204
27.5	Migratie- en verliesthema's	204
27.6	Het gezinsgesprek vanuit een systemisch perspectief	205
27.7	Aandacht voor de heilige huisjes	208
27.8	Aanbevelingen	208
28	Gezinnen onder druk	210
28.1	Wat als de ouders niet betrokken willen worden?	212

29	Veerkracht in gezinnen	214
29.1	Wat is veerkracht?	214
29.2	Het versterken van de veerkracht na een ingrijpende gebeurtenis	215
29.3	Welke vragen kunnen dit proces in gang zetten?	216
29.4	Aanbevelingen	217
30	Gebruikmaken van netwerken	218
30.1	De Eigen Kracht-conferentie	218
30.2	Het netwerkgesprek	220
30.3	Conclusies	221
30.4	Aanbevelingen	221

Deel IV – Capita selecta

31	Signaleren en bespreken van suïcidaliteit op de middelbare school	225
31.1	Instrumenten	226
31.2	Vervolgacties	226
31.3	Zijn er ook bezwaren?	227
31.4	Beschouwing	228
31.5	Aanbevelingen	229
32	Jongeren met een lichte verstandelijke beperking	230
32.1	Kwetsbaarheid	230
32.2	Suïcidaal gedrag bij jongeren met een LVB	232
32.3	Jongeren in een behandelsetting	232
32.4	Wat maakt het voor de hulpverlener lastig?	233
32.5	Aanbevelingen	234
33	Jongeren met een autismespectrumstoornis	235
33.1	Waardoor lopen jongeren met ASS tussen 12 en 24 jaar vast?	236
33.2	Aanbevelingen ten aanzien van de ASS-problematiek	238
33.3	Aanbevelingen bij de samenhang met suïcidaal gedrag	239
34	Jongeren uit de lhbt-gemeenschap	240
34.1	Risico's	240
34.2	Achtergronden	241

34.3	Suïcidaal gedrag bij lhbt-jongeren	244
34.4	Aanbevelingen	244
35	Suïcidaal gedrag bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis	246
35.1	De borderline-persoonlijkheidsstoornis bij jongeren	247
35.2	Het behandelbeleid: preventie	249
35.3	Het behandelbeleid: interventies	251
35.4	De opname	251
35.5	Het Bed-Op-Recept	253
35.6	Dialectische gedragstherapie	254
35.7	Is het suïcideverbod geïndiceerd bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis?	256
35.8	Als het suïcidale gedrag niet overgaat	257
35.9	Aanbevelingen	258
35.10	Andere behandelwijzen bij jongeren met een borderlinestoornis	258
36	De opvang in het ziekenhuis na een suïcidepoging	260
36.1	Moeilijkheden en valkuilen	261
36.2	Aanbevelingen	263
37	Chronisch suïcidaal gedrag	265
37.1	Piekeren en dwanggedachten	265
37.2	Opkomende en verdwijnende gedachten aan suïcide	265
37.3	Blijvende ambivalentie	266
37.4	Aanbevelingen	267
38	Suïcidaal gedrag binnen een residentiële setting	268
38.1	Veiligheid	268
38.2	Rollen en taken van de ouders	269
38.3	Rollen en taken van de teamleden	271
38.4	Bundeling van krachten	272
38.5	Aanbevelingen	272
39	Online hulpverlening	273
39.1	Voordelen van online hulpverlening	273
39.2	Nadelen van online hulpverlening	274
39.3	Een goed begin?	274
39.4	Aanbevelingen	274

40	Emotionele valkuilen	276
40.1	Valkuilen voor de hulpverlener	276
40.2	Valkuilen voor de jongere en de ouders	281
40.3	Aanbevelingen	282
41	Na de suïcidale crisis: vervolgstappen en vervolg-behandeling	284
41.1	De jongere was al in behandeling	284
41.2	De jongere kreeg nog geen hulp	285
41.3	Er is een nieuwe situatie ontstaan	285
41.4	Hulp gerelateerd aan de risicofactoren	285
41.5	Tot slot	286
41.6	Aanbevelingen	286
42	Nazorg bij een suïcide: de aansluitende periode	287
42.1	Reacties van nabestaanden	287
42.2	Acties en zorg in de acute en de aansluitende fase	288
42.3	De psychologisch-psychiatrische reconstructie	293
42.4	De rol van de hulpverlener: het proces van reconstructie	295
42.5	Traumatische rouw	295
42.6	Nazorg op langere termijn	297
42.7	Overlijden aan suïcide binnen de muren van de instelling	297
42.8	Was de zorg niet toereikend?	305
42.9	Checklist voor de evaluatie binnen het team of de afdeling	305
42.10	Inzage in het dossier door nabestaanden	306
42.11	Aanbevelingen	307
42.12	Wat als er een suïcide van een klasgenoot plaatsvindt?	307
42.13	Waar is nog meer informatie te verkrijgen?	309
	Nawoord	310
	Register	311
	Literatuur	315
	Aanbevolen literatuur	321
	Dankbetuiging	324
	Over de auteurs	325

Voorwoord

V eertien was Eva, ze had bleekwater gedronken. Uit wanhoop, omdat haar moeder met haar broertje was weggelopen en zij alleen bij vader achterbleef. De onmiddellijke aanleiding was de ruzie met een vriendin. Daarom dacht ze dat de wereld beter af was zonder haar. Nu was ze blij dat het niet gelukt was. Ze voelde zich ook erg schuldig ten opzichte van haar vader. Ze had niet gedacht dat hem dit zoveel verdriet zou doen.

Dit boek is geschreven omdat jaarlijks honderden kinderen vanwege zelfmoordhandelingen in acute omstandigheden bij de SEH of de kinder- en jeugdpsychiatrie belanden. Soms, zoals Eva, zonder enige voorgeschiedenis in de ggz.

De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (2012) vormt de basis van dit boek: dit boek kan gezien worden als een vertaling ervan, specifiek gericht op kinderen en jongeren. De ervaring van de auteurs is in dit (praktijk)boek duidelijk voelbaar. Het staat bol van de handreikingen over hoe om te gaan met deze groep. Het is bovendien zo goed leesbaar dat het een aanrader is voor iedereen in de zorg aan kinderen en jongeren. Op uiterst heldere wijze wordt beschreven waarom kinderen en jongeren dergelijke noodlottige beslissing nemen. Bovenal stelt het ons in staat zodanig met hen in contact te komen dat de kans kleiner wordt dat ze opnieuw een poging doen.

Prof. dr. Robert Vermeiren

Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, directeur patiëntenzorg

Curium-LUMC, hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie bij VUMC

en bestuurslid van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Voorwoord auteurs

De hulpverlening aan mensen met suïcidale gedachten is de afgelopen jaren in een stroomversnelling geraakt. In mei 2012 werd de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* gepubliceerd, en in 2014 werd door de minister van VWS de *Landelijke agenda suicidepreventie 2014-2017* uitgebracht. Beide publicaties waren ook zeer gewenst: niet alleen was nog niet eerder een richtlijn gemaakt, maar de urgentie van betere zorg werd en wordt ook bepaald door de sterke toename van suïcides in de voorafgaande zes jaar.

De Richtlijn bevat aparte hoofdstukken over de jeugd, en dat is belangrijk: weliswaar zijn de processen die bij jeugdigen tot suïcidaal gedrag leiden vergelijkbaar met die bij volwassenen, maar de hulpverlening is complexer. Juist bij suïcidale jongeren spelen ouders een cruciale rol, en zij dienen intensief bij de behandeling betrokken te worden. Bovendien kunnen bij suïcidale jongeren ook niet-hulpverleners betrokken raken. In feite is dit boek een uitwerking van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* specifiek voor hulp aan jongeren tussen de 12 en 24 jaar. Het voorziet in de lacune die er tot op heden op dit gebied bestond. Voor u ligt een uitgewerkt handboek waarin alle aspecten ruime aandacht krijgen. Naast informatie over suïcidale jongeren en hun gezin geeft het richting aan de manier waarop het passendst en effectiefst hulp kan worden geboden. Gebrek aan specifieke kennis en aan benodigde vaardigheden mag vanzelfsprekend nooit leiden tot inadequaat uitgevoerde hulp. Het gaat immers om het leven van jonge mensen, van kinderen van anderen.

Aangezien ook bij de jeugd het aantal suïcidegevallen de afgelopen jaren is gestegen, is het noodzakelijk dat betrokken hulpverleners geïnformeerd worden over de achtergronden van suïcidaal gedrag en over de mogelijkheden om adequaat hulp te verlenen. Het doel is en blijft immers om overlijden door suïcide te voorkomen, want het leed voor de jongeren zelf en voor hun nabestaanden is niet te bevatten. Met dit boek hopen wij hieraan een nuttige bijdrage te leveren.

Voorwoord bij deze herziene versie

De term ‘herziene versie’ vereist een toelichting. De inhoud van de teksten in de oorspronkelijke versie is nagenoeg ongewijzigd gebleven. Maar wel zijn ruim tien kleinere en grotere hoofdstukken toegevoegd. Dit is om verschillende redenen gedaan. Zo heeft een van de recensenten opgemerkt dat een hoofdstuk over psychotherapie ontbrak. En ook is inmiddels de VOZZ-vragenlijst ontwikkeld waarmee op scholen vroegtijdig leerlingen kunnen worden opgemerkt bij wie suïcidale gedachten spelen. Ook kan die in de jeugd-ggz als routine-instrument worden gebruikt bij het begin en het einde van de behandeling. Andere aanvullingen werden geschreven als reactie op vragen van cursisten. En er zijn ook presentaties van andere onderzoekers en professionals in verwerkt die als een gewenste aanvulling kunnen worden beschouwd. Zo blijkt de *attachment based family therapie* effectief te zijn in het snel en duurzaam reduceren van suïcidale intenties bij jonge mensen. En ook is aandacht besteed aan specifieke doelgroepen: jongeren met autistische problematiek, jongeren met een lichte verstandelijke beperking, en jongeren uit de lhbt-gemeenschap.

Zijn er dan geen aansprekende andere interventie- en behandelmethoden ontwikkeld? De visie op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag en die op de hulpverlening aan jongeren en hun ouders is dezelfde gebleven. Wel worden hulpmiddelen ontwikkeld die bij de bestaande benaderingen ondersteunend zijn, zoals apps met verschillende mogelijkheden. Met behulp daarvan kunnen jongeren gemakkelijker zelf de baas worden over hun gedachten en intenties. Informatie daarover is te vinden bij www.113.nl. Aangezien de ontwikkelingen hiervan soms snel gaan, is het ondoenlijk deze alle te vermelden in het boek.

De cijfers over overlijden aan suïcide in het jaar 2017 zijn verontrustend geweest: een verhoging met 69% in een jaar. Tot op heden is geen verklaring gevonden voor deze plotse stijging. Misschien is dit een weerspiegeling van de crisis in de jeugd-ggz, misschien heeft het te maken met een imitatie-effect na uitzending van de Netflix-serie *13 reasons why*, misschien heeft het te maken met sexting en andere pestpraktijken op internet; we weten het niet. Op initiatief

van VWS is nu door 113zelfmoordpreventie een onderzoek gestart naar de mogelijke verklaringen van deze plotse stijging in 2017. Nabestaande ouders zullen in 2019 benaderd worden met de vraag wat zij zien als de redenen dat hun zoon of dochter zich het leven benam in 2017. We weten niet of deze toename ook in 2018 en in de jaren daarna te zien zal zijn. Hoe dan ook, het is en blijft van het grootste belang dat hulpverleners en iedereen die met jonge mensen te maken heeft, zo goed mogelijk weet wat gedaan moet worden om ellende te voorkomen. Want als een jongere overlijdt is diens leven te vroeg beëindigd en lijken zijn problemen niet meer te bestaan. De nabestaanden evenwel blijven achter met verbijstering, heel veel vragen en een groot verdriet.

De organisatie van de zorg aan jonge mensen en hun ouders is met invoering van de Jeugdwet in 2015 nog steeds niet overal op orde. De verwijzingen lopen niet altijd goed en de ggz kampt op veel plaatsen met wachtlijsten. Daarnaast heeft de marktwerking in de zorg als effect gehad dat er vele kleine aanbieders van jeugd-ggz bij zijn gekomen. Deze zijn zeer beperkt in het aanbieden van zorg voor suïcidale jongeren en hun ouders. Dat laat onverlet dat professionals zo goed mogelijk op de hoogte dienen te zijn en over de benodigde competenties moeten beschikken om adequaat hulp aan deze jongeren en hun ouders te bieden.

Wij hopen met dit boek de hulpverleners te scholen opdat zij hun hulp aan deze jongeren kunnen optimaliseren. Elk overlijden is en blijft er één te veel.

Jan Meerdinkveldboom

Ad Kerkhof

Ineke Rood

Inleiding

Voordat de ambulante hulp op gang kon komen, werd Levi met spoed bij onze jongerenkliniek aangemeld. De afgelopen weken had de politie Levi enkele malen van het spoor gehaald, waar hij kennelijk met de gedachte speelde zich voor een trein te gooien. Zijn moeder, bij wie hij in huis woonde, was zelf sinds enkele maanden in dagbehandeling. Zij maakte voor de tweede keer in drie jaar een ernstige depressie door. In de eerste depressieve episode had ze een suïcidepoging ondernomen. Contacten met vader, die elders woonde met Levi's drie oudere broers, waren minimaal. De situatie thuis was complex en niet veilig genoeg, zoals bleek toen we Levi en zijn moeder spraken.

Bij het intakegesprek voor de opname kwamen Levi en zijn moeder samen, zoals bij de kliniek gebruikelijk was. Al vroeg in het gesprek definieerde Levi treffend de relatie met zijn moeder: 'Wij samen zijn minder dan één.'

Het waren twee mensen die geheel op elkaar waren aangewezen en geen van beiden in staat waren om hun leven op orde te brengen. Beiden stonden sterk achter het idee van een opname, maar Levi zonder meer opnemen was geen optie, zoals zou blijken.

Levi wilde heel graag hulp krijgen om weer op gang te komen. Over zijn suïcidewensen zei hij dat hij die had omdat hij anderen, voornamelijk zijn moeder, niet verder tot last wilde zijn. Tegelijkertijd wilde hij het zijn moeder echter ook niet aandoen. Moeders reactie hierop was even schokkend als verhelderend: 'Als hij gaat, ga ik met hem mee.' Moeder vertelde dat zij door haar depressie niet altijd in staat was om goed voor Levi te zorgen en op hem te letten. Levi op zijn beurt vertelde: 'Als ik 's avonds op mijn kamer zit en mijn moeder beneden is, ga ik een paar keer naar beneden om iets te drinken te halen. Maar eigenlijk doe ik dat om te kijken of het met mijn moeder nog goed gaat, zoiets voel ik nu eenmaal sterk aan.' Hij zou alles doen voor zijn moeder. Zoals hij het zelf zei: 'Als er op haar geschoten wordt, vang ik de kogel op.'

De patstelling was duidelijk: een opname was zowel noodzakelijk als onmogelijk. Als Levi bij ons zou zijn, wie lette er dan op zijn moeder? We legden hun beiden het dilemma voor. We vroegen moeder of zij in staat was om voor zichzelf een steunsysteem te organiseren, waardoor Levi geen oppasfunctie meer zou hoeven vervullen. Zo zou Levi zich kunnen concentreren op zijn opname. Tot onze verbazing gaf moeder aan dat ze dit wel kon. Ze zou, zei ze, zowel een vriendin als twee medepatiënten vragen om klaar te staan als zij iemand nodig had. Dat leek ons niet voldoende: kon zij ook afspraken met hen maken dat iemand haar geregeld uit eigen beweging belde, zodat een contact niet afhankelijk was van moeders

initiatief? Want als ze wegzonk in haar depressie, zo had ze zelf aangegeven, trok ze zich terug uit elk contact. Ook dat dacht moeder te kunnen regelen.

Een week later kwamen ze terug. Alles was veilig verlopen, mede dankzij de ambulante hulpverlener die regelmatig contact met hen had onderhouden. Bovendien kwam moeder met een prima plan, goedgekeurd door haar eigen behandelaar, waarin actief en passief 'toezicht' was geregeld. Toen kwam het erop aan met Levi afspraken te maken, niet alleen over de opname, maar in de eerste plaats over zijn suïcidewensen. We vroegen hem of hij zijn moeder en ons kon toezeggen geen suïcidepoging meer te ondernemen. Een opname had immers geen zin als hij desondanks zou overlijden. Dat beloofde hij, en het leek erop dat de stellige toon die we hanteerden, waarbij we hem feitelijk verboden zichzelf te doden, hem beviel.

Dat was echter nog maar één kant van de zaak. Gelet op de ernstige mate waarin hij was vastgelopen, vermoedden we dat een opname weliswaar een keerpunt kon zijn, maar dat het nog even tijd zou kosten voordat hij zich passend had ontwikkeld en kon uitgroeien tot een jongvolwassene. Dat proces mocht niet belemmerd worden door noodtoestanden in zijn directe omgeving. We vroegen dan ook aan moeder het volgende: 'Denkt u dat u hem en ons kunt beloven om geen suïcide te plegen tot Levi volwassen is, dus tot zijn drie-, vierentwintigste?' Moeder dacht even na en zei toen ernstig en gemeend: 'Ja, dat kan ik wel beloven.' Waarop Levi reageerde met de toevoeging: 'Doe er voor mij maar gerust een paar jaar bij!'¹

Dit boek is ontstaan uit de behoefte om iedereen die te maken krijgt met suïcidale jongeren van handvatten te voorzien om adequaat te handelen. Bij de voorbereiding van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, waarbij de eerste en de tweede auteur betrokken waren, is gediscussieerd over de vraag of een aparte richtlijn voor de jeugd gewenst was, of dat een apart hoofdstuk binnen de Richtlijn aan jongeren zou worden besteed. De vraag naar kennis op dit gebied is groot: er zijn immers veel professionals, binnen en ook buiten de gezondheidszorg, die zich met veel inzet en interesse bekommeren om jeugdigen met problemen. Besloten werd in de Richtlijn een apart hoofdstuk aan de preventie van suïcide onder jongeren te wijden en aan te sluiten bij de algemene aanbevelingen voor alle leeftijdsgroepen. Om tegemoet te komen aan de vraag naar kennis over suïcidale jongeren die bij veel mensen leeft, willen we ons in dit boek speciaal richten op de praktische uitvoering van de Richtlijn waar het gaat om jongeren.

Dat een handboek op dit gebied nodig is, blijkt niet alleen uit de toename van het aantal jongeren dat door suïcide overlijdt, maar ook uit het grote aantal suïcidepogingen dat jaarlijks door jongeren wordt gedaan: zo'n drieduizend pogingen vereisen medische zorg, en het is aannemelijk dat nog vele pogingen

1 Deze casus is overgenomen uit: Meerdinkveldboom (2015 b).

gedaan worden die deze zorg niet nodig hebben en dus niet in de statistieken vertegenwoordigd zijn.

Doelgroep

Dit boek betreft specifiek alle jongeren die nog niet volwassen zijn, in de leeftijd van 12 tot 24 jaar. Suïcidaal gedrag bij kinderen jonger dan 12 jaar komt (gelukkig) niet zo vaak voor en kan meestal, al of niet met hulp, goed opgevangen worden door de ouders. Jongeren tussen de 18 en 24 jaar zijn voor de wet meerderjarig, maar dit betekent geenszins dat zij ook volwassen zijn. Behalve aan de jongeren zelf besteden wij in dit boek aandacht aan hun directe omgeving, in het bijzonder aan hun ouders. Gegevens uit de literatuur en uit praktijkervaring benadrukken het belang van een systeemvisie en het betrekken van ouders bij de hulpverlening. Sterker nog: zonder ouders is hulpverlening aan suïcidale jongeren in feite niet goed mogelijk. Juist de combinatie van de bij de ouders beschikbare kennis over hun kind, hun betrokkenheid en hun (praktische) hulp, tezamen met de deskundigheid van de hulpverlener, zorgt ervoor dat het sterkst mogelijke team in het veld staat. Hoe ouders bij de hulp betrokken moeten worden en op welke manier gezinsgesprekken gevoerd kunnen worden, wordt in verschillende hoofdstukken in dit boek uitgebreid beschreven.

Bij suïcidaal gedrag van jongeren met een niet-westerse achtergrond spelen verhoudingsgewijs veel problemen uit de familiesfeer een belangrijke rol. Om die reden besteden we in hoofdstuk 26 apart aandacht aan deze doelgroep.

De uitgangspunten

Het is goed te vermelden dat bij elke handeling die in dit boek beschreven wordt de zes uitgangspunten van de *Multidisciplinaire richtlijn* onverkort van kracht zijn. Deze zijn:

1. contact maken;
2. het betrekken van naastbetrokkenen bij diagnostiek en behandeling; bij jongeren zijn dat bijna steeds de ouders of het gezin;
3. systematisch onderzoeken van de suïcidaliteit;
4. suïcidaliteit als behandelfocus hanteren;
5. veiligheid creëren en continuïteit van zorg bieden;
6. behandeling van depressie en hopeloosheid.

Deze uitgangspunten gelden onveranderd voor onze doelgroep, waarbij het betrekken van naasten vooropstaat. Los daarvan is het noodzakelijk dat alle ggz-professionals de *Multidisciplinaire richtlijn* kennen en daarin geschoold zijn.

Wetenschappelijke onderbouwing

De gegevens over risicofactoren die in dit boek worden gebruikt, komen uit grote surveyonderzoeken, die al decennialang vergelijkbare resultaten te zien geven. Interventies en behandelingen daarentegen kunnen, gelet op de aard van de problematiek, niet onderworpen worden aan evidencebased dubbelblind onderzoek: suïcidale jongeren mogen immers niet de kans lopen dat zij ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek geen behandeling krijgen.

Voor wie is dit boek?

We weten uit de praktijk dat de gewenste hulp nogal eens geboden wordt door hulpverleners die merendeels met volwassenen te maken hebben, zoals medewerkers van crisisdiensten en artsen/psychiaters die consulten verrichten in algemene ziekenhuizen. Hun kan dit boek handvatten bieden om de al aanwezige kennis toe te spitsen op jongeren. Jongeren zijn immers geen kleine volwassenen.

Suïcidaal gedrag kan ook naar voren komen binnen forensische circuits, bij RIBW's, in de jeugdhulpverlening, bij praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken, op scholen, kortom op tal van plaatsen waar al of niet medewerkers met ggz-ervaring en -kennis werkzaam zijn. Dit boek beoogt ook hun richting te geven.

Ook mensen die niet werkzaam zijn in de ggz, maar wel met suïcidale jongeren in aanraking kunnen komen, krijgen in dit boek duidelijke aanwijzingen over wat hun mogelijkheden zijn en welke beperkingen voor hen gelden. Zij kunnen belangrijke schakels zijn in de hulpverlening, ook als specialistische hulp nodig is.

Indeling van het boek

Het boek bestaat uit vier delen. In deel I geven wij algemene informatie over suïcidaal gedrag, over het vóórkomen ervan en over de visie van waaruit wij hulp bieden, inclusief die van de *Multidisciplinaire richtlijn*. Ook komt ketenzorg aan de orde, evenals de plaats van de niet-ggz-hulpverleners. We bespreken de relatie met zelfbeschadigend gedrag en besteden aandacht aan de problemen die soms optreden rond privacy en geheimhouding.

In deel II bespreken we de risicofactoren, de risicotaxatie en het proces van de integrale diagnostiek van de suïcidaliteit die tot de uiteindelijke zogeheten structuurdiagnose leidt. Die is vervolgens het uitgangspunt voor de te bieden hulp.

In deel III zijn alle mogelijke vormen van hulp beschreven, gekoppeld aan het stadium van de suïcidaliteit. Daarin staan individuele interventies en behandelingen genoemd, maar komt ook uitgebreid aan de orde hoe met de ge-

zinnen van de jongere gesproken kan worden om de onderlinge banden te herstellen of te versterken en de veiligheid te vergroten.

Deel IV ten slotte bevat specifieke onderwerpen, zoals suïcidaal gedrag binnen de kliniek en bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis. Omdat overlijden aan suïcide nu eenmaal niet altijd voorkomen kan worden, wordt in dit deel ook uitvoerig aandacht besteed aan de zorg voor de nabestaanden.

Verantwoording

Tot slot enkele opmerkingen over de tekst. Wij hebben in de tekst weinig literatuurverwijzingen opgenomen, omdat alle relevante artikelen over de achtergronden al zijn opgenomen in de *Multidisciplinaire richtlijn*. We hebben in dit boek slechts literatuur genoemd die voor de uitwerking in de praktijk nog een nuttige aanvulling kan zijn. In het boek spreken we steeds over ‘hij’, waar ook ‘zij’ kan worden gelezen.

Deze inleiding willen wij besluiten met een oproep. Dit boek is het eerste op dit gebied, en het kan daarom nog niet volmaakt zijn. Ons doel is en blijft de beste hulp voor jongeren in suïcidale nood en hun gezin, en lezers die commentaar, verbeteringen en aanvullingen willen leveren, zijn daarom van harte uitgenodigd dit te doen. U kunt de auteurs mailen via Jan Meerdinkveldboom: jan@mdvb.demon.nl.

DEEL I

UITGANGSPUNTEN

Suïcidaal gedrag onder jongeren: definities en getallen

In dit hoofdstuk geven we weer wat bekend is over de frequentie van suïcide, suïcidepogingen, zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan suïcide onder jongeren. Waar mogelijk zullen we de betekenis van deze cijfers voor de hulpverlening duiden. Ook geven we de definities van de verschillende vormen van suïcidaal gedrag en lichten deze toe, om zo precies mogelijk vast te stellen waar we het over hebben.

1.1

Suïcides

De termen *suïcide* en *zelfdoding* worden in dit boek als synoniemen gebruikt. Het gebruik van de term *zelfmoord* wordt afgeraden, omdat de omstandigheden, aanleidingen en psychologische motieven bij moord en zelfdoding vaak sterk verschillen en verbonden zijn met een negatief moreel oordeel dat bij suïcide meestal onterecht is. We spreken dan ook van een jongere *die door suïcide of zelfdoding om het leven gekomen is*.

Als definitie van suïcide of zelfdoding hanteren we in dit boek: ‘Een handeling met dodelijke afloop, door de overleden jongere geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen teweeg te brengen’ (De Leo et al., 2006).

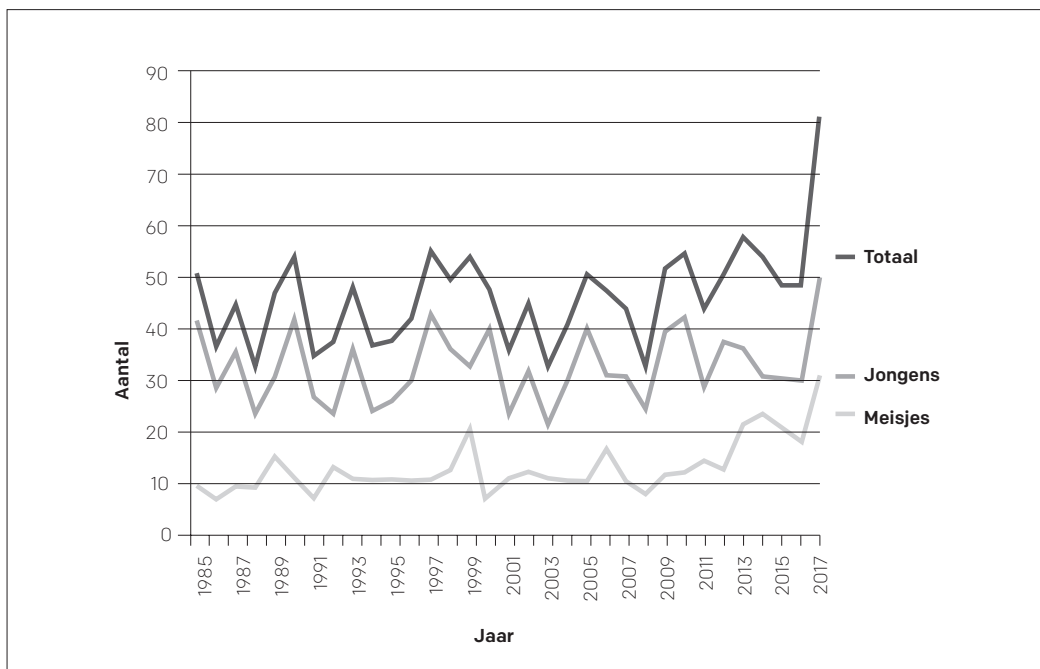
Twee aspecten binnen deze definitie verdienen aandacht. Met ‘in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop’ raken we aan het gegeven dat we pas spreken van suïcide als de jongere wist dat zijn handeling dodelijk zou kunnen aflopen en daar ook van uitging. Dit lijkt heel logisch, maar het is soms moeilijk vast te stellen. Soms staat iemand zo ambivalent tegenover de dood dat hij de afloop laat afhangen van het toeval. Wanneer de jongere mis-

schien gokte op een niet-dodelijke afloop, terwijl de handeling wel in de dood eindigde, dan spreken we van suïcide wanneer de jongere wist aan welk mogelijk gevaar hij zich blootstelde. Ook moeten we er rekening mee houden dat jongeren die een suïcidepoging ondernemen zich ervan bewust kunnen zijn dat de gekozen methode niet *gegarandeerd* dodelijk afloopt. Het innemen van medicijnen is bijvoorbeeld niet altijd dodelijk. Een sprong voor de trein is dat meestal wel, maar ook zulke pogingen lopen in ongeveer tien procent van de gevallen niet dodelijk af. Bovendien kunnen toevallige voorbijgangers of een samenloop van omstandigheden de uitvoering van een suïcide verstoren.

Het andere aspect van de definitie dat we nader willen bespreken, is dat van de ‘gewenste veranderingen’. Suïcide of zelfdoding is *doelgericht gedrag*: de jongere wil er iets mee bereiken. Door dood te gaan hoopt de jongere te ontsnappen aan ondraaglijke emoties, kwellende gedachten, pijn, depressie, een psychiatrische ziekte, schuldgevoel of onverdraaglijke herbelevingen van trauma’s. Elke jongere met suïcidale gedachten heeft zijn eigen motieven om daadwerkelijk suïcide te plegen, maar in algemene zin kunnen we stellen dat het doel van het doodgaan gelegen is in het bereiken van veranderingen *in het bewustzijn*. De dood is niet het doel van de suïcide. Doodgaan ontleent zijn betekenis vooral aan het niet meer willen doorleven op de manier waarop het leven nu geleefd wordt. Jongeren die suïcide plegen, willen daarom eerder stoppen met hun huidige leven dan dat ze verlangen naar de dood. Ze willen het bewustzijn uitschakelen. Ze willen dat de nare gevoelens ophouden te bestaan, ze willen het hier en nu uitschakelen: ‘Ik kan dit niet langer verdragen.’

1.2 Hoe vaak komt suïcide onder jongeren voor?

Tot voor kort waren de jaarlijkse cijfers over suïcide van jongeren betrekkelijk stabiel: sinds 1985 kende Nederland voor de leeftijd tot en met 19 jaar gemiddeld 12 suïcides van meisjes en 34 suïcides van jongens; bij elkaar dus 46 suïcides per jaar (CBS StatLine, 2018; zie figuur 1.1). Rekening houdende met de afnemende omvang van de leeftijdsgroep was er sprake van een lichte stijging van suïcides over de laatste decennia. In 2013 en 2014 waren er echter opeens veel meer meisjes die door suïcide om het leven kwamen: 22 en 24. Het is onduidelijk waarom dit zo is. In 2013 en 2014 kwamen 58 en 55 jongens en meisjes door suïcide om het leven, meer dan ooit. In Vlaanderen zijn naar verhouding de aantallen tweemaal zo hoog (Portzky & Gijzen, 2015). In 2015 en 2016 waren dat 48 jongens en meisjes. Maar in 2017 waren er plotseling 81 jongens en meisjes, een enorme stijging.



Figuur 1.1: Suïcide onder jongeren tot 20 jaar in Nederland 1985-2017 in absolute aantallen (CBS, 2018)

Het is nog onduidelijk of het hier gaat om ‘toevalsfluctuaties’ of om een nieuwe trend die verslechterende levensomstandigheden of -perspectieven van jongeren, en dan vooral van meisjes, weerspiegelt. Hebben jongeren het tegenwoordig moeilijker om met teleurstellingen en tegenslagen om te gaan? Heeft de stijging te maken met veranderingen of bezuinigingen in de jeugdgezondheidszorg? Zou de Netflix-serie *13 reasons why* zo’n groot imitatie-effect gehad kunnen hebben? We weten het nog niet. Wat we wel weten is dat iedere suïcide van een jongere er één te veel is.

Beneden de 15 jaar zijn er gemiddeld zes jongeren per jaar die door suïcide overlijden. Tussen de 15 en 20 jaar neemt met elk volgend kalenderjaar het aantal suïcides verder toe. Tussen de 10 en 25 jaar komen per jaar gemiddeld 120 tot 140 jongeren door suïcide om het leven.

Het aantal suïcides onder jongens is drie keer zo hoog als dat onder meisjes. Op latere leeftijden is die verhouding twee op één. Dat betekent dat het bij jongens die gedachten hebben over suïcide en daartoe plannen maken, drie keer zo vaak eindigt in suïcide als bij meisjes.

Onder een *suïcidepoging*, of een poging tot zelfdoding, verstaan we ‘een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de jongere, door de verwachting schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert teweeg te brengen’. Ook hierbij bespreken wij twee aspecten. Een suïcidepoging wordt zo genoemd als het tegen het eigen lichaam gerichte gedrag *niet dodelijk afloopt*. Dat hoeft dus niet te betekenen dat er schade is opgetreden. Iemand die van een zekere hoogte springt, bijvoorbeeld van een derde etage, zonder noemenswaardig letsel op te lopen, heeft wel een suïcidepoging ondernomen. Een jongere die te veel medicijnen inneemt en na enige tijd weer bijkomt zonder dat er medische behandeling nodig is, heeft misschien geen lichamelijke schade, maar heeft wel een suïcidepoging ondernomen. Ook een jongere die zich in de laatste seconde bedenkt en wegspringt voor een aanstormende trein, heeft een suïcidepoging ondernomen. En hetzelfde geldt voor een jongere die een begin maakt met de uitvoering van een suïcidepoging, maar die halverwege afbreekt. Zo komt het geregeld voor dat een jongere na het innemen van een overdosis medicijnen een vriendin of hulpverlener belt, of 112. Misschien is hij bang dat hij toch niet doodgaat en met een ernstige hersenbeschadiging verder door het leven moet, of heeft hij spijt gekregen. Het komt ook voor dat een jongere in verwarde toestand iemand belt om afscheid te nemen, waarna de ander intervenueert en een dodelijke afloop voorkomen wordt.

Net als bij suïcide is ‘de verwachting van schade of de dood’ ook hier een belangrijk aspect. Bij een suïcidepoging is het veel lastiger om vast te stellen in hoeverre de jongere verwachtte dat hij dood zou gaan, dan wel schade aan het eigen lichaam op zou lopen. Kenmerkend voor suïcidepogingen is dat deze verwachtingen vaak niet zo uitgesproken zijn of dat de jongere op ambivalente wijze de afloop van het gedrag aan het toeval overlaat (op ambivalentie gaan we in paragraaf 1.3.2 dieper in). Weliswaar kunnen we bij de bijna dodelijke pogingen meestal wel een sterke wens om te sterven vermoeden, maar we mogen bij de ‘zachtere’ methoden niet uitgaan van de afwezigheid van een doodswens. Ook bij suïcidepogingen die in medisch opzicht minder aandacht behoeven, kan een sterke doodswens aanwezig zijn.

En dan zijn er de jongeren die een suïcidepoging ondernemen met de sterke intentie om te sterven, maar die vanwege onbekendheid met het ingenomen middel hun poging overleven. Een voorbeeld is een jong meisje dat de hele voorraad slaapmedicatie van haar moeder inneemt, zonder te weten dat de ingenomen hoeveelheid niet dodelijk is.

1.3.1 Hoe vaak komen suïcidepogingen voor?

Het aantal suïcidepogingen onder adolescenten is ongeveer vijftientig keer zo hoog als het aantal daadwerkelijke suïcides. Naar schatting zijn er per jaar drieduizend suïcidepogingen van jongeren van 15 tot 24 jaar die medisch behandeld worden in het ziekenhuis of door de huisarts. In ongeveer tweeduizend gevallen leidt dit tot een ziekenhuisopname. Hier is de verdeling over de seksen geheel omgedraaid: het betreft driemaal zo veel meisjes / jonge vrouwen als jongens / jonge mannen. Ongeveer vier procent van de adolescenten heeft ooit een suïcidepoging ondernomen die leidde tot hulpverlening door de huisarts of in het ziekenhuis (Wasserman et al., 2015). Als in bevolkingsonderzoek ook wordt gevraagd naar suïcidepogingen *die niet medisch behandeld worden*, dan rapporteert 6% ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen. In Nederland is bekend dat Surinaamse, Antilliaanse en Turkse meisjes naar verhouding veel suïcidepogingen doen (zelfrapportage 13-15% ooit), evenals Antilliaanse jongens (10%) (Van de Looij-Jansen & De Wilde, 2008).

1.3.2 Ambivalentie

Zoals eerder gezegd zijn er ook gedragingen waarbij de jongere de afloop van de handeling aan het toeval overlaat. De jongere is dan eigenlijk niet zozeer gericht op de dodelijkheid van de toegepaste methode als wel op het onmiddellijke effect: het bewustzijn uitschakelen. Veel adolescenten geven na een suïcidepoging aan dat het hun helemaal niet uitmaakte of ze zouden sterven of niet. Het enige wat telde, was dat zij op dat moment van hun gedachten af wilden zijn. Toch nemen sommigen middelen in die zonder interventie van anderen tot de dood zouden hebben geleid, en dan is er wel sprake van zelfdoding. Er spreekt een grote mate van ambivalentie uit: ze willen wel en niet dood; het maakt eigenlijk niet uit wat de afloop is. Er lijken twee krachten tegelijkertijd aan het werk: een intentie om te sterven en een intentie om verder te leven. Maar sterker dan die twee intenties is hier een derde intentie, namelijk de intentie om het bewustzijn te stoppen, voor altijd of maar voor even.

1.3.3 Een noodkreet om hulp

Bij sommige suïcidepogingen is de intentie om te sterven veel minder sterk dan de intentie om verder te leven. Het gaat dan om wanhopige kreten om aandacht, om hulp, om veranderingen in de levenssituatie (in het Engels: een *cry*

for help). De gekozen methode maakt de mogelijkheden tot interventie groter of zelfs waarschijnlijker, maar ook dit soort pogingen kunnen onverhoopt in de dood eindigen. Een suïcidepoging resulteert vaak in extra hulp of aandacht. In die zin heeft een suïcidepoging vaak wel effect, maar soms moet er een poging plaatsvinden voordat de jongere gehoord wordt.

1.3.4 Interpersoonlijke communicatie

Bij interpersoonlijke communicatie denken we aan gedragingen waarbij de dreiging met doodgaan of met zelfschade een boodschap inhoudt voor de ouders, een vriend(in) of partner, zoals: ‘Ik ben jullie alleen maar tot last’, ‘Ik hoor toch nergens bij’, ‘Ik zal nooit een relatie kunnen hebben’, ‘Kijk eens hoeveel ik van je houd’, ‘Ik kan niet leven zonder jou’, ‘Als je me verlaat, maak ik er een einde aan’. Deze interpersoonlijke motieven gaan op dat moment meestal niet samen met een daadwerkelijke doodsintentie, en de uitvoering is dan ook bijna nooit dodelijk. Wel is het gedrag gericht op het toebrengen van zelfschade in de vorm van krassen, snijden of een overdosis medicatie, en de verwijzing naar een volgende, mogelijk wel dodelijke poging is vaak onmiskenbaar. De omgeving ziet deze pogingen vaak als manipulatie of chantage, maar het gedrag appelleert wel degelijk aan doodgaan en ontleent daaraan zijn kracht (vooral ook omdat dit gedrag een voorbode kan zijn van een volgende, dodelijke, poging). Deze pogingen moeten dus niet licht worden opgevat. Bovendien is het goed om op te merken dat jongeren niet zelden suïcide plegen *nadat zij verlaten zijn door hun vriend of vriendin*. Als de dreiging met een interpersoonlijke suïcidepoging niet werkt, blijft er soms naar hun idee geen andere optie meer over.

1.3.5 Zelfbeschadiging

Een andere groep die gedrag vertoont dat we onder suïcidepogingen kunnen scharen, zijn jongeren die zichzelf in de armen, in de buik of in de lies snijden, of op een andere wijze hun huid beschadigen. De verwachting van de dood is bij zelfbeschadiging nagenoeg afwezig. De adolescent probeert door zelfbeschadiging vooral te ontsnappen aan ondraaglijke gedachten en gevoelens. Door zich te snijden in polsen, armen of andere lichaamsdelen hoopt hij zich minder gespannen, onrustig of wanhopig te voelen. Vaak heeft het snijden inderdaad het beoogde effect. Door te snijden kan iemand spanning verminderen; het zien van bloed kan als geruststellend worden ervaren, en de jongere heeft het gevoel weer enige controle te hebben herwonnen over oncontroleerbare gedachten en

gevoelens. Ook bij zelfverwonding is de kans op recidive groot, maar meestal niet met een dodelijk gevolg. Toch komen bij jongeren die zichzelf verwonden naar verhouding veel suïcides voor in de jaren die volgen op het meerdere malen zichzelf in de pols snijden. Zelfbeschadiging heeft de neiging telkens terug te keren in tijden van stress. In opeenvolgende episodes van zelfbeschadigend gedrag kunnen doodsintenties en cry-for-help-intenties in wisselende sterkte aanwezig zijn.

Er is een categorie zelfverwondend gedrag die we *niet* tot de verzameling van suïcidepogingen rekenen. Dat is het steeds terugkerende, soms stereotiepe, zelfverwondende gedrag dat vaak samengaat met verstandelijke handicaps en sommige psychiatrische ziektebeelden. Voorbeelden zijn het met het hoofd tegen de muur bonken en het zichzelf voortdurend pijn doen, bijvoorbeeld om een optimaal stimulatie-niveau te bereiken. Omdat hier nooit een doodsgedachte of een verwijzing naar de mogelijkheid om suïcide te plegen aanwezig is, rekenen we dit gedrag niet tot de suïcidepogingen. Het is vaak het plotseling en herhaaldelijk ervaren van een impuls om zichzelf te beschadigen en het gevoel deze impuls niet te kunnen weerstaan. Ook kunnen deze mensen het gevoel hebben in een ondraaglijke situatie te zitten die ze niet kunnen oplossen of controleren. Ze ervaren toegenomen angst, agitatie en woede, die gepaard gaan met beperkingen in cognitie of perceptie, waardoor ze het zicht op de situatie en op mogelijke gedragsalternatieven verliezen. Na de zelfbeschadiging hebben ze een opgelucht gevoel of er rest een depressieve stemming, maar dan zonder suïcidale gedachten. We realiseren ons terdege dat de grens tussen niet-suïcidaal en suïcidaal zelfbeschadigend gedrag in de praktijk soms lastig te trekken is. Wij zullen hier dieper op ingaan in hoofdstuk 9 over zelfbeschadiging.

Kader 1.1: Terugkerende (habituële) zelfbeschadiging

1.4 Suïcide-ideatie of suïcidale gedachten en plannen

Zodra de gedachten van de jongere inhouden dat hij overweegt om zelf de dood te bespoedigen (bijvoorbeeld: ‘Ik kan er maar beter een einde aan maken, ik ben iedereen alleen maar tot last’), spreken we van *suïcide-ideatie*. Ook de obsessieve mentale voorstelling die de jongere maakt van het springen voor een trein of het maken van een strop vallen onder deze term. Het verlangen er niet meer te zijn, fantasieën over de uitvoering van suïcide, kortom alle mentale processen rondom het uitvoeren van handelingen om zichzelf te doden of te beschadigen, vallen onder het begrip suïcide-ideatie (ook wel suïci-

dale ideatie, suïcideverlangens, suïcidale gedachten/suïcidegedachten of suïcidewensen genoemd).

1.5 Suïcidaliteit



nder suïcidaliteit verstaan we het geheel aan gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaliteit is daarmee een aanduiding van een algehele (tijdelijke of meer permanente) geneigdheid van de jongere in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of handelingen te reageren op emotionele problemen.