

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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 enig 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 gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

■ Een suïcideverbod voor suïcidale adolescenten

Jan W. Meerdinkveldboom¹

is kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut, sectormanager behandelzaken van het adolescentencircuit van Stichting De Jutters, Centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden te Den Haag.

Trefwoorden: suïcide, suïcideverbod, adolescenten, risicofactoren, risicomangement

Samenvatting

Suïcidale adolescenten stellen hun omgeving, met name ouders en hulpverleners, vaak voor grote problemen: hoe te beoordelen, hoe te handelen?

Aan de hand van een casus wordt een interventie beschreven, het 'suïcideverbod', die aansluit bij zowel de psychodynamische factoren als de gezinssituatie die veelal een rol speelt. De interventie, die wordt beargumenteerd door de therapeut, gaat ervan uit dat de jongere nu nog niet oud en wijs genoeg is om de beslissing te nemen suïcide te plegen. De interventie is op zich therapeutisch van aard omdat ze gericht is op het voorkomen van het ten uitvoer brengen van de suïcidale wensen en/of plannen. Daarnaast is de ingreep voorwaardenscheppend voor verdere hulp gericht op de onderliggende problematiek, omdat met het verbod de optie van suïcide als ontsnapping aan de pijnlijke probleemsituatie van de agenda wordt gehaald. Voorwaarde is vanzelfsprekend dat direct aansluitend vervolghulp wordt geregeld, als die er nog niet is.

In de afgelopen twintig jaar is het verbod veertig tot vijftig keer toegepast. In het algemeen werd het verbod, zij het soms onder protest, geaccepteerd en heeft het tot goede resultaten geleid.

Inleiding

Jongeren in de leeftijd van 12 tot circa 22 jaar die zich suïcidaal uiten of een suïcidepoging hebben gedaan, stellen hulpverleners en omgeving vaak voor grote problemen. Het is niet alleen moeilijk een goede inschatting te maken van het werkelijke gevaar, de dreiging die uitgaat van de mogelijkheid dat een jongere overlijdt ten gevolge van zelfmoord roept schrik en angst op bij hulp-

¹ Correspondentieadres: jan@mdvb.demon.nl

verleners, ouders, gezin en leeftijdsgenoten. In de afgelopen jaren is het totaal aantal suïcides bij jeugdigen in de leeftijd van 15–20 jaar (gemiddeld ongeveer 37 jongeren per jaar in de afgelopen tien jaar) stabiel gebleven met een licht dalende trend na een eveneens lichte verhoging eind jaren negentig. Het totaal aantal suïcides in de hele Nederlandse bevolking bedraagt circa 1 op 10.000 inwoners per jaar (bron: www.cbs.statline.nl, 2006). Jongens plegen ongeveer tweemaal zo vaak suïcide als meisjes. Het aantal pogingen tot suïcide lijkt daarentegen sterk te zijn toegenomen. Het is moeilijk van het aantal pogingen een goed beeld te krijgen, omdat de registratie ervan verschillende gegevens biedt en omdat lang niet alle pogingen als zodanig in de registratie worden opgenomen dan wel bekend worden (Van Heeringen & Kerkhof, 2000). Is een poging evenwel geslaagd, dan is bij de direct betrokkenen (ouders en gezin) het verdriet enorm en gaat het verdriet vaak gepaard met zeer sterke schuldgevoelens bij degenen die zich verantwoordelijk voelen voor die jongere.

In dit artikel wordt een directief uit te vaardigen suïcideverbod beschreven, beargumenteerd en becommentarieerd. Wanneer we deze interventie zien in het licht van de hieronder te noemen risicofactoren, dan lijkt het ook voor de hand liggend het verbod uit te vaardigen. De interventie wordt geïllustreerd aan de hand van een casus.

Risicofactoren voor suïcide bij jongeren

Bij het literatuuronderzoek naar risicofactoren van suïcide doet zich de handicap voor dat de onderzochte leeftijdsgroepen in de onderscheiden artikelen niet altijd samenvallen. Desalniettemin valt het op dat steeds weer dezelfde factoren worden genoemd.

A) Psychopathologie: suïcidaliteit wordt met name gezien bij depressiviteit doch komt ook vaak voor bij jongeren met middelengebruik, bij jongeren met impulscontrolestoornissen en soms ook bij eetstoornissen. Op wat oudere leeftijd kan suïcidaliteit sterk naar voren komen bij jongeren die al een langdurige ziektegeschiedenis met psychosen c.q. schizofrenie hebben doorgemaakt. Vooral als de psychopathologie vroeg in de jeugd jaren begint, is het risico groter (Andrews & Lewinsohn, 1992; King et al., 1993; Hollis, 1996; Reinherz et al., 1995; Summerville et al., 1992). Gezien de hoge mortaliteit bij anorexia nervosa kan wellicht een deel van de sterfgevallen beschouwd worden als een in de tijd uitgesmeerde, ‘in de eetstoornis verpakte’ suïcide. Vanzelfsprekend worden veelvuldig suïcidepogingen gezien bij jongeren met een borderline persoonlijkheidsstoornis (al dan niet in ontwikkeling).

- B) Persoonlijkheidskenmerken: betrokkenen zijn vaker teruggetrokken, neigen meer de problemen om te zetten in gedrag en boosheid dan dat zij op adequate wijze hulp vragen. Ook tonen ze vaak een schijnautonomie ter compensatie van honger- en gevoelens van incompetentie en lage zelfwaardering. Gemakkelijker dan andere jongeren zien zij doodgaan als een acceptabele uitweg uit de problemen. Het zelfbeeld is vaak laag, de sociale aanpassing is matig.
- C) Levensgebeurtenissen: deze jongeren kennen in hun leven een geschiedenis van onrust, met name in het gezin, die in de kindertijd begint en voortduurt tijdens de adolescentie. Er wordt vaker seksueel misbruik gemeld dan bij jongeren die niet suïcidaal zijn. Uit de verschillende onderzoeken komt geen eenduidig beeld naar voren over het effect van echtscheidingen (De Wilde et al., 1992; Krarup et al., 1991).
- D) Gezinsfactoren: het merendeel van de suïcidale jongeren komt uit gezinnen waarbinnen de relaties eerder als minder betrokken dan als (over)betrokken te benoemen zijn. Hollis (1996) expliciteert dat in die zin dat er een gebrek aan interesse in het kind bestaat of geen aandacht voor diens problemen is. Naast weinig waarderen en bemoedigend tonen ouders zich nogal eens geïrriteerd als reactie op boos gedrag of bestaat er zelfs vijandigheid in de ouder-kindrelatie. Ook weten de ouders niet altijd waarmee het kind zich bezighoudt en waar het zich bevindt (Hollis, 1996). Vele onderzoeken melden als belangrijke factor dat er 'gezinsproblemen' zijn (Adams et al., 1994; Andrews & Lewinsohn, 1992; Fergusson & Lynskey, 1995; King et al., 1993) en tevens dat er een vergroot risico bestaat wanneer een familielid eerder een suïcidepoging heeft gedaan (Krarup et al., 1991).

Voorafgaand aan de suïcide of suïcidepoging worden precipiterende factoren genoemd (Marttunen et al., 1993), voornamelijk in de vorm van tussenpersoonlijke problemen, in het bijzonder van het opbreken van relaties en van afwijzingen. Was er bovendien al contact met een hulpverlener dan werden eerder niet dan wel de suïcidale neigingen naar voren gebracht (Isometsa et al., 1995).

Samenvattend bestaan er voorafgaand aan een suïcidepoging of in het geval van suïcidewensen langdurige problemen die al dan niet gepaard gaan met psychopathologie (vooral in de vorm van depressiviteit), waarbij de jongere de aandacht van het gezinsmilieu als niet voldoende adequaat beleeft en waarbij veelvuldig relationele teleurstellingen luxerend werkten.

Risicotaxatie

Een risicotaxatie van suïcidaliteit is noodzakelijk om te onderzoeken of interventie en behandeling mogelijk zijn. Volgens Simon (2004) bestaat er geen betrouwbare maat om het risico van suïcide te beoordelen. Hij beveelt daarom een uitvoerige inventarisatie aan van alle risicofactoren, inclusief een beoordeling van de zwaarte van elke factor, en wijst daarnaast op het nut aan te geven welke protectieve factoren een rol spelen. Zo zouden bijvoorbeeld een goede verstandhouding met de ouders en een (nog) regelmatige schoolgang als beschermend beschouwd kunnen worden. Met behulp van de inventarisatie ontstaat wel een beeld van de ernst maar nog geen maat.

Op groepsniveau blijkt dat het gedaan hebben van eerdere suïcidepogingen een versterkt risico oplevert (De Wilde et al., 1993; Fergusson & Lynskey, 1995; Gothelf et al., 1998; Lewinsohn et al., 1993; Reinherz et al., 1995) evenals het maken van concrete plannen en het treffen van voorbereidingen. Het bewustzijn bij het maken van plannen om daadwerkelijk tot een suïcidale actie over te gaan is als het ware samengesteld uit het besef de moed te hebben een poging te kunnen doen, de beschikbaarheid van middelen en kansen en het besef de competentie te hebben om het te kunnen doen. Dat besef van competentie is met name gebaseerd op eerdere ervaringen met suïcidepogingen of ander gedrag gericht tegen zichzelf: hoe ernstiger een eerdere poging was, hoe minder iemand zich stoort aan het taboe op suïcide.

De conclusie luidt dan ook dat bij elke suïcidale patiënt grondig aandacht besteed moet worden aan zowel vorige pogingen (hoever is hij of zij gegaan) als aan de actuele stand van zaken rond plannen maken en voorbereidingen treffen (overigens betreffen de beide vermelde onderzoeken steeds volwassen patiënten; extrapolatie naar adolescenten hoeft niet dezelfde bevinding op te leveren).

Bij de individuele beoordeling betekent dit dat de psychopathologie onderzocht moet worden en de invloed daarvan op het vermogen van de jongere om zijn situatie goed te kunnen overzien. Naast de kenmerken op groepsniveau zoals hierboven vermeld, moet onderzocht worden of er met het individu contact gemaakt kan worden over de suïcidaliteit en of de persoon in kwestie in staat en bereid is om afspraken te maken zichzelf niets aan te doen en zich te laten begeleiden. Is dat laatste niet het geval, dan is de veiligheid niet gewaarborgd en zal wellicht overgegaan moeten worden tot een al dan niet gedwongen opname. Als er wel bereidheid bestaat tot het accepteren van hulp, zijn interventies en behandeling mogelijk.

Behandeling van suïcidale adolescenten

In *Treatment approaches with suicidal adolescents* van Zimmerman & Astnis (1995) wordt ervan uitgegaan dat suïcidaal gedrag multifactorieel gedetermineerd is. Daarbij komt dat medebepalende factoren, zoals ervaringen van seksueel misbruik, echtscheiding, schoolproblemen, middelengebruik, soms geweld in het gezin en psychopathologie bij de jongeren en bij de ouders, vaak maar moeilijk te reduceren zijn in de behandeling. In het boek wordt een aantal behandelvormen genoemd zoals multiple family therapy (met name uitgaand van een psycho-educatief model), psychodynamische behandeling van de jongere, cognitieve therapie met opdrachten aan het gezin (gericht op vergroting van de vaardigheden binnen het gezin) en gezinstherapie die zich richt op *separation within connectedness*. Deze gezinstherapie sluit aan bij bevindingen van Laufer-Egle (Laufer, 1995) die constateert dat vooral suïcidale acties plaatsvinden op een separatiemoment waarbij onvoldoende verbondenheid wordt ervaren. In de uitwerking van die vorm van gezinstherapie wordt met het gezin gepoogd te komen tot het besef dat jongeren afstand mogen gaan nemen zonder dat het hen kwalijk wordt genomen en zonder dat ouders afstand nemen van de jongere.

Naast gezinstherapie wordt een vorm van groepstherapie beschreven waarbinnen sociale vaardigheden worden bevorderd, coping wordt verbeterd, cognitieve misvattingen bestreden en pathologische weerstanden worden bewerkt. Samenvattend: er bestaan meerdere vormen van behandeling van suïcidaliteit bij jongeren; er is op dit moment geen literatuur bekend waaruit blijkt dat een van de therapievormen het meest effectief is. Alvorens echter tot behandeling overgegaan kan worden, moet eerst gezorgd worden voor een veilige situatie. Daarvoor is vaak een interventie nodig, op individueel niveau, al dan niet gecombineerd met gerichte betrokkenheid van het gezin.

Interventies

Systematisch onderzoek naar effectieve strategieën ter voorkoming van suïcides bij jongeren heeft niet plaatsgevonden. In de regel wordt, als het gevaar als niet te groot beoordeeld wordt, gebruikgemaakt van de ambivalenties van jongeren ten opzichte van doodgaan en van het gegeven dat zij vaak niet zozeer een doodswens hebben als wel de voor hen nare situatie willen ontvluchten. Meestal kan worden volstaan met het maken van afspraken om zichzelf niets aan te doen of bij een sterke wens daartoe anderen (met name ouders of de hulpverlener) daarover in te lichten en vervolgens te vragen om hulp en steun.

Het sluiten van een non-suïcidecontract wordt vaak gebruikt maar is nooit geïndiceerd als interventie op zich: het veronderstelt dat de suïcidale jongere een volwaardige contractpartner kan zijn en dat is die jongere nu juist niet. Veelal dient het om de hulpverlener een gevoel van (schijn)veiligheid te geven, eerder dan dat het een essentieel onderdeel is van het risicomangement.

In tegenstelling tot het contract gaat de voorkeur uit naar een *suïcideverbod* zoals in onderstaande casus is toegepast. Na de casusbespreking wordt deze interventie uitvoerig toegelicht en becommentarieerd.

Gevalsbeschrijving

Marion is negentien jaar als zij in de adolescentenkliniek wordt opgenomen in verband met boulimia nervosa, depressiviteit en ernstige problemen rond haar identiteit die samenhangen met haar adoptieverleden. Tijdens de opname blijkt tevens dat zij op dertienjarige leeftijd door een oudere jongen is verkracht. Enige tijd voor de opname heeft zij al een suïcidepoging gedaan met behulp van tabletten, wat goed afgelopen is. De vele problemen die zij de afgelopen jaren heeft ervaren, maar ook heeft gegeven, hebben ertoe geleid dat haar adoptiefouders weinig interesse en behoefte meer hebben om zich intensief met de behandeling in te laten, ondanks het feit dat de kliniek ouders uitdrukkelijk bij de hulp aan de jongeren betreft. Pogingen om Marion's ouders wel te betrekken, stuiten op veel afstandelijkheid en tegenzin.

Het behandelverloop is moeizaam. Marion krijgt moeilijk controle over haar boulimische klachten en gedragingen en naarmate zij zich meer bezighoudt met haar verleden wordt zij somberder, met name over haar toekomst. Dit leidt ertoe dat zij in toenemende mate suïcidale gedachten en wensen krijgt en die ook uit tegen haar behandelaar. Nadat deze in het gesprek begrip heeft getoond voor het feit dat zij zo in de put zit en zo somber is over haar toekomstmogelijkheden, doet hij ten opzichte van haar de uitspraak: 'Desondanks, ook al begrijp ik dat je behoefte hebt een eind aan je leven te maken, ik verbied je dit'. Marion reageert met verbazing en ongeloof: 'Dat kun je mij toch niet verbieden?' 'Dat weet ik wel, ik heb ook in feite niets over je te zeggen, maar ik verbied het je toch.' 'En waarom verbied je me dit?' 'Omdat ik je daarvoor nog niet oud en wijs genoeg vind.'

Daarna legt de behandelaar haar uit dat hij gegronde redenen heeft om haar dit verbod te geven. In de eerste plaats is zij nog adolescent, wat betekent dat zij nog in de leeftijd verkeert tussen kind en volwassene en dus nog niet volwassen is. Dat brengt met zich mee dat zij nog niet in staat wordt geacht om een belangrijke beslissing te nemen zoals die over leven en dood, alleen al niet op grond van haar leeftijd. Dat zij nog niet volwassen is, betekent immers dat zij nog niet voldoende

mogelijkheden heeft om zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven en autonome beslissingen te nemen over belangrijke zaken. Zou hij haar die beslissing wel laten nemen dan wordt zij overvraagd. Men eiste dan van haar dat ze zou functioneren op een niveau dat zij nog niet heeft, zodat zij bij voorbaat gedoemd is te mislukken. In de tweede plaats wijst hij haar erop dat zij op dat moment nog niet wijs genoeg is voor genoemde beslissing. Het feit dat zij suïcidaal is, betekent immers dat ernstige problemen haar ontwikkeling hebben bemoeilijkt en nog verstoren, dat zij in een sombere stemming verkeert en dat zij daardoor door de bomen het bos niet meer kan zien. Hij kan van haar dan toch ook niet verwachten dat zij helder, weloverwogen en met onderscheidingsvermogen en wijsheid over zo'n essentieel deel van haar leven, namelijk het kiezen voor de dood, kan beslissen? Het zou zijn alsof hij iemand die letterlijk in een put zit en niet over de rand kan kijken, zou vragen het landschap rondom die put overzichtelijk te beschrijven. Om deze redenen acht hij het onjuist om haar als suïcidale jongere over haar eigen dood te laten beslissen.

Op haar vraag wanneer zij van hem dan wel beslisbevoegdheid toegemeten krijgt, antwoordt hij dat zij volgens hem aan zichzelf verplicht is alle mogelijkheden te onderzoeken en te bekijken wat het leven haar kan bieden, en dat dit onderzoek het beste kan plaatsvinden door middel van een voortgezette (psychotherapeutische) behandeling. Wanneer zij alle mogelijkheden heeft benut om zichzelf erbovenop te helpen, kan zij opnieuw met hem komen praten, gesteld dat zij dan nog behoefte heeft haar leven te beëindigen. Marion reageert hierop met zowel gelatenheid als instemming en besluit, na lang nadenken, te kiezen voor behandeling. Daarna sluit de behandelaar dit onderwerp af en onderzoekt hij met haar hoe de behandeling voor haar zo succesvol mogelijk kan worden.

Na enkele maanden besluit Marion, tegen advies, de behandeling af te breken. Enkele maanden daarna zit ze weer in de put en komen haar 'oude' suïcidewensen naar boven. Prompt herinnert zij zich het eerder gegeven suïcideverbod plus de 'opdracht' de behandeling af te maken. Daarna meldt zij zich bij de kliniek, motiveert haar aanmelding, en maakt vervolgens de op de boulimia gerichte behandeling af. Aansluitend zoekt zij psychotherapeutische hulp voor de overige problemen.

Bespreking van deze casus

Vanuit de patiënt geredeneerd heeft Marion goede redenen om somber te zijn en is het niet onbegrijpelijk dat zij suïcidale tendensen en wensen heeft, zoals immers ook al eerder bij haar zijn opgetreden. Haar individuele problematiek, de boulimische symptomatologie, het seksuele trauma en de adoptie-

problematiek, wordt tijdens de opname en de periode daaraan voorafgaand nog versterkt doordat haar adoptiefouders ‘het met haar wel eventjes voor gezien houden’. Dit versterkt ongetwijfeld haar beleving van eenzaamheid en verlaten zijn. Op relationeel niveau pleegt de behandelaar met zijn suïcideverbod dan ook een forse ingreep door zijn betrokkenheid bij haar levenslot te tonen, haar min of meer te verleiden c.q. te dwingen dat lot onder ogen te zien en te proberen het te verbeteren door middel van de behandeling. Zouden bij haar de suïcidale tendensen zijn blijven bestaan, dan zou dat de aandacht die zij nodig heeft voor de inhoud van de behandeling sterk verminderen. Het kliniekteam zou steeds voor crisissen geplaatst kunnen worden als gevolg van suïcidale uitingen dan wel gedragingen en bovendien zou Marion zelf ook het idee gehouden hebben dat zij, als het haar allemaal te moeilijk wordt, zou kunnen kiezen voor de dood als oplossing. De interventie heeft dan ook tot doel haar keuzevrijheid hierin te beperken en haar zich te laten richten op het leven.

Beschouwing van de interventie

Bovenbeschreven suïcideverbod heeft vanzelfsprekend een twijfelachtig karakter: het verbod is niet houdbaar en in praktisch opzicht niet sluitend hanterbaar. Het heeft vooral een psychotherapeutisch-relatieve betekenis. Deze betekenis heeft onder meer de volgende aspecten.

- 1) Het verbod benadrukt de verticaliteit van de hulpverleningsrelatie. Deze verticaliteit is niet slechts die van hulpverlener en cliënt, doch ook die tussen een volwassene en een niet-volwassene. De jongere ervaart door deze verticaliteit de volwassen hulpverlener als een ‘ouderfiguur’ die de ouderlijke positie nog een keer sterk benadrukt door een verbod uit te vaardigen. Hoewel dit gezien de leeftijd van de adolescent niet meer vanzelfsprekend is (en daardoor door de adolescent ook betwist wordt) is de ouderlijke positie toch noodzakelijk omdat daarmee het nog niet volwassen zijn van de jongere wordt aangeduid.
- 2) Het verbod impliceert ook dat de hulpverlener in de positie van ‘ouder’ de verantwoordelijkheid voor het leven van de jongere overneemt door te besluiten dat diens leven moet voortgaan. Dit is eveneens een autoritair uitgangspunt.
- 3) Met dit verbod wordt tegemoetgekomen aan de onbewuste afhankelijkheidsbehoeften van de adolescent (die deze zeker niet uit zichzelf zal benoemen) die vaak verondersteld mogen worden bij adolescenten die met ernstige problemen kampen.

Het verbod op suïcide maakt het mogelijk om (opnieuw) te komen tot het bespreken van de feitelijke problemen. De ambivalentie is immers gekeerd ten gunste van het leven en dat gaat gepaard met nieuwe hoop. Dat laatste is, zoals bekend, een essentieel onderdeel van elke hulpverlening. Met het onduwbelzinnig innemen van een standpunt vóór het leven wordt het de jongere moeilijk gemaakt zijn ambivalentie jegens zijn suïcidale wensen enerzijds en zijn levenswensen anderzijds in stand te houden. Het standpunt van 'de ouder', die vaststelt dat het leven voorrang heeft boven de dood, kan bij de jongere zijn cognities over zijn situatie veranderen. De (nieuwe) overeenstemming over het doel van de hulp verbetert de hulpverleningsrelatie.

Hoewel de attitude zoals die beschreven is paternalistisch en autoritair lijkt, kunnen daarbij toch de volgende nuances gezien worden.

- 1) De attitude is tijdelijk zolang de situatie dit noodzakelijk en wenselijk maakt.
- 2) Het bevoogdende karakter is slechts gericht op dát aspect van de situatie van de adolescent dat diens suïcidaliteit betreft.
- 3) Het autoritaire en paternalistische is bij deze interventie expliciet, terwijl die natuurlijk in vele andere hulpverleningsrelaties (met name bij jeugdigen) hetzelfde karakter heeft doch daarbij impliciet blijft. Veel hulpvragers hebben immers de behoefte dat de hulpverlener zich nadrukkelijk consultatief opstelt zodat de hulpvrager weinig twijfels hoeft te hebben over wat goed voor hem is. Vanzelfsprekend is deze autoritaire, directieve houding alleen effectief wanneer tegelijkertijd respect getoond wordt voor de gevoelens en gedachten van de patiënt en voor de onderliggende problematiek.

Bij deze interventie hoort, zoals eerder gesteld, niet het sluiten van een non-suïcidecontract. Een contract immers impliceert een zekere mate van gelijkwaardigheid van degenen die het contract afsluiten, terwijl de interventie gestoeld is op een ongelijkheid tussen de behandelaar en de hulpvrager, zeker waar het adolescenten betreft.

De context van het gezin

Hulpverlening aan adolescenten dient in principe steeds gepaard te gaan met het betrekken van ouders. Het probleem in het geval van suïcidale adolescenten is dat de gezinsbanden vaak als los zand worden beschreven. Zelfs in het geval van suïcidaliteit is het niet altijd gemakkelijk de ouders de ernst van de situatie duidelijk te maken. Zoals een ouder het eens uitdrukte: 'Het is nu toch

weer voorbij, en haar polsen genezen goed, laten we naar de toekomst kijken en niet meer stilstaan bij de aanleiding van haar suïcidepoging'. De schrik bij de ouders is dan over en er treedt afweer op met betrekking tot problemen in de thuissituatie. In praktisch opzicht speelt nogal eens mee, met name in de ambulante sector, dat een suïcidale jongere met spoed wordt verwezen door bijvoorbeeld een leerkracht, zonder dat ouders daarvan verwittigd worden.

De bovengenoemde interventie is in principe op het individu gericht maar maakt tegelijkertijd gebruik van de emotionele lacune die er (overigens niet in alle gevallen!) bestaat doordat de behandelaar zich in de positie van de (bevoogdende) ouder opstelt. Dit kan niet anders dan een tijdelijke situatie zijn, waarbij het verhinderen van suïcidaal gedrag het primaire doel is en een voortgezette goede hulpverlening het secundaire doel. Voor wat betreft dit laatste dient vanzelfsprekend de gezinscontext zo goed als mogelijk in ere te worden hersteld. Zoals gezegd is het soms problematisch ouders te motiveren de suïcidepoging c.q. het suïcidale gedrag van hun kind serieus te nemen (in plaats van het als aandachtstrekkerij of aanstellerij te beoordelen) en hen tevens te motiveren zorg te verlenen in het kader van de voortgezette behandeling. Zodra de gezinsbetrokkenheid weer versterkt is, wordt het voor de behandelaar hoog tijd uit zijn rol van 'ouder' te stappen.

Op welke wijze ouders geholpen worden hun positie als veiligheid biedende en betrokken personen (weer) in te nemen, zowel in de periode van de daadwerkelijke suïcidale crisis als in de aansluitende behandelperiode, is beschreven in het *Handboek Systeemtherapie* (Meerdinkveldboom, 2008).

De interventie in het licht van de risicofactoren

De beschreven interventie richt zich op zowel de individuele als de gezinsfactoren. Door hun neiging tot boos reageren en tot zwart-wit denken, kunnen jongeren suïcide zien als een acceptabele uitweg uit problemen. De interventie staat haaks op deze neiging: het suïcideverbod dwingt adolescenten er juist toe zich bezig te houden met de probleemoplossing en te kiezen voor het leven. Gezien de vaak bestaande geringe zelfwaardering en de beleefde inadequaatheid, is het ook nodig dat zij de behandeling voortzetten en afmaken om juist deze factoren te verbeteren. De interventie leidt eveneens tot het ervaren van veiligheid. Een betrokken ouderfiguur neemt tijdelijk het heft in handen, herstelt de geïnternaliseerde hiërarchische ouderobjecten en zorgt dat de jongere weer tijdelijk kind moet en mag zijn. Er ontstaat continuïteit in de therapeutische relatie doordat de afspraak wordt opgedrongen dat de behandeling eerst afgemaakt moet worden voor opnieuw over suïcide plegen mag worden gesproken. De interventie verbe-

tert niet op dat moment de structuur van de gezinsrelaties, maar voorkomt als het goed is ongelukken en zorgt voor enige ruimte in de tijd opdat de gezinsbetrokkenheid in de tussentijd gegenereerd kan worden.

De interventie als therapeutisch methode

De ingreep kan niet gezien worden als een vorm van psychotherapie, doch heeft wel een therapeutisch effect. Als op deze wijze de dood als mogelijke oplossing van tafel gaat, wordt de hulpverleningsrelatie versterkt en is het daarna beter mogelijk de voortgang van de hulp te bespreken. De interventie dempt niet alleen suïcidaal gedrag en overwegingen, maar zorgt tevens voor een time-out zodat andere opties aan bod kunnen komen. Het is daarbij verstandig, zoals ook in de casus is weergegeven, om de duur van die time-out zo lang mogelijk te maken, liefst zo lang als de hulp duurt. Gaat de hulpverlener evenwel met de patiënt op therapeutische wijze aan de slag zonder dat het suïcideverbod aanhangig is gemaakt, dan loopt hij het risico dat wanneer de emotionele problematiek oploopt of tot sterke depressieve gevoelens leidt, de patiënt er steeds weer toe kan komen de therapie te verbreken en zich te verliezen in overwegingen betreffende de dood. Dit maakt het therapieproces moeilijker dan noodzakelijk is.

Uitzonderingen

Niet in alle gevallen van suïcidaal gedrag is deze interventie geïndiceerd. In ieder geval dient een uitzondering gemaakt te worden voor diegenen die een langdurig lichamelijk dan wel psychiatrisch lijden kennen en voor wie, ook in de ogen van de behandelaar, de prognose met betrekking tot de kwaliteit van leven uitermate slecht is. Het zijn dan vaak jongeren die al vele jaren hulpverlening en/of behandeling hebben ervaren en voor wie nog weinig hoop op verbetering valt te verwachten. Het is evenwel in dergelijke gevallen niet juist of vanzelfsprekend om vervolgens als behandelaar in te stemmen met doodswensen en mee te werken aan een vorm van euthanasie.

Degenen met ernstig chronische en verslechterende lichamelijke ziektebeelden zijn in de regel in emotioneel opzicht evenwichtiger en volwassener dan andere jongeren van hun leeftijd, omdat zij al eerder gedwongen zijn geweest over toekomstmogelijkheden na te denken en de kansen op herstel af te wegen. Hun wens tot niet verder willen leven is dan in een aantal gevallen waarschijnlijk wel gegrond. Voor jongeren met langdurig en ernstig psychiatrisch lijden is het moeilijker te bepalen of men zich bij hun suïcidewens kan en mag neerleggen of dat men ondanks het lijden de stelling dient in te nemen

dat het niet mag. Bijvoorbeeld, in het geval van een schizofreen proces dat dramatisch verloopt onderkennen de betrokkenen vaak heel goed hoe hun toekomst eruit gaat zien. Als dan bovendien dat niveau van functioneren veel minder is dan het door hen verwachte niveau voorafgaande aan het uitbreken van de ziekte, zijn hun overwegingen zeer invoelbaar. Dat leidt er overigens vaker toe dat zij suïcide plegen op een wijze die onomkeerbaar is, waarbij zij tevoren niet met hun suïcidale overwegingen bij een behandelaar aankloppen.

De interventie moet niet worden toegepast als de behandelaar zich niet in staat voelt een autoritaire en paternalistische houding in te nemen en de daarbij behorende echtheid te demonstreren. Dat kan bijvoorbeeld in het geval dat de behandelaar zelf nog jong is, dan wel in het geval dat de basisattitude van de behandelaar empathisch en cliëntgericht is en hij zich niet in staat voelt om tijdelijk de positie van de ouderfiguur in te nemen. De behandelaar moet dus het besef hebben dat hij in de ogen van de jongere een ouderfiguur is met inbegrip van het bijbehorende gezag.

De interventie is ook gecontra-indiceerd wanneer de psychopathologie, bijvoorbeeld in de vorm van een ernstige depressie, een psychotische toestand, uitgebreide dissociatieve symptomen et cetera zo overheersend is dat primair andere maatregelen genomen moeten worden, zoals medicamenteuze behandeling of opname, al dan niet met een juridische maatregel. In deze gevallen geldt dat het niet mogelijk wordt geacht met de patiënt een helder contact te hebben over zijn situatie, laat staan dat met hem afspraken kunnen worden gemaakt.

Wordt dan toch het verbod gepresenteerd, dan is de ongeloofwaardigheid groot en neemt het risico van suïcide toe.

Bevindingen uit de praktijk

De auteur heeft in de afgelopen twintig jaar, waarin hij bijna exclusief werkzaam was binnen het werkveld van de jeugd- en adolescentenpsychiatrie, deze interventie twintig tot vijfentwintig maal toegepast. Voor zover hem bekend is, heeft niemand van degenen bij wie hij het verbod aanhangig maakte zich definitief van het leven beroofd. Ook het aantal suïcidepogingen lijkt door de interventie te zijn beperkt. De eerste circa twintig gevallen konden na de interventie gevolgd worden als gevolg van het feit dat de auteur ruim vijftien jaar binnen dezelfde regio werkte en aldaar de enige adolescentenpsychiater was. Bij de overige gevallen was de follow-up korter dan drie jaar, zodat er geen zekerheid bestaat dat daarbij de interventie met succes heeft geleid tot een herstel van de ontwikkeling, al dan niet met behulp van therapie. Overigens

zijn in een minderheid van de gevallen nog wel suïcidepogingen gedaan en ook heeft niet iedereen de voorgestelde en overeengekomen behandeling helemaal afgemaakt. Desalniettemin lijkt deze interventie effectief in het voorkomen van suïcidepogingen en suïcide met dodelijke afloop.

Ouders reageren wisselend op de interventie. Als zij ter plekke aanwezig zijn, ervaren zij het optreden van de behandelaar vaak als steunend; zij zouden hetzelfde willen doen maar zijn bang dat hun kind een zo nadrukkelijke opstelling van hen als afwijzend zou ervaren. Ouders die er niet bij aanwezig zijn, tonen zich vaak minder betrokken. Zij willen wel meedoen met de hulp maar dan moet hun kind eerst maar eens gewoon gaan doen.

Opvallend in de praktijk is ook de variatie in reacties onder de jongeren. Een reactie zoals in de casus beschreven komt het vaakst voor. Een patiënte die zich neerlegde bij het verbod en vervolgens een intensieve, twee jaar durende behandeling geheel afmaakte, vervoegde zich daarna (overigens conform de afspraak) bij de behandelaar en stelde dat zij immers nu, na het afronden na de behandeling, mocht terugkomen op haar eerder geuite suïcidewensen. Bij navraag bleek dat zij er zo goed aan toe was dat zij geen enkele reden had om zich van het leven te beroven, zodat dit onderwerp tezelfdertijd weer kon worden afgesloten. Een andere (ambulante) patiënte reageerde met grote woede op het verbod, verliet met slaande deur de behandelkamer en kwam de week daarna keurig op tijd terug en zei, nog steeds zeer verontwaardigd en boos, dat zij het dan in elk geval wel zou doen op haar zevenentwintigste jaar. Gezien de variatie in reacties is het voor de behandelaar verstandig om zich niet van de wijs te laten brengen. Daarmee maakt hij bovendien zijn verbod, dat toch een krachtig interventie genoemd mag worden, geloofwaardiger. Gelet op haar toenmalige leeftijd van zeven-tien jaar werd immers op dat moment nog steeds een tijdwinst geboekt van tien jaar.

Literatuur

- Adams, D.M., Overholser, J.C. & Lehnert, K.L. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:4, 498-507.
- Andrews, J.A. & Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31:4, 655-662.
- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustments, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:5, 612-622.

- Gothelf, D., Apter, A., Brand-Gothelf, A., Offer, N., Ofek, H., Tyano, S. & Pfeffer, C.R. (1998). Death concepts in suicidal adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 37:12, 1279-1300.
- Heeringen, C.V. van & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Behandelstrategieën bij suicide*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:5, 622-630.
- Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lonnqvist, J.K. (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152:6, 919-922.
- King, C.A., Segal, H.G., Naylor, M. & Evans, T. (1993). Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 32:6, 1198-1206.
- Krarp, G., Nielsen, B., Rask, P. & Petersen, P. Childhood experiences and repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand*, 83, 16-19.
- Laufer, M. (ed.) (1995). *The suicidal adolescent*. Madison/Connecticut: International Universities Press.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 32:1, 60-68.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M. & Lonnqvist, J.K. (1993). Precipitants stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 32:6, 1178-1183.
- Meerdinkveldboom, J. (2008). Suïcidaliteit bij adolescenten. In: A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers, *Handboek Systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Silverman, A.B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A.K. & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 34:5, 599-611.
- Simon, R.I. (2004). *Assessing and managing the suicide risk. Guidelines for Clinically Based Risk Management*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Summerville, M.M., Abbate, M.F., Siegel, A.M., Serravezza, J. & Kaslow, N.J. (1992). Psychopathology in urban female minority adolescents with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 31:4, 663-668.
- Wilde, E.J. de, Kienhorst, I.C.W.M., Diekstra, R.F.W. & Wolters, W.H.G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149:1, 45-51.
- Wilde, E.J. de, Kienhorst, I.C.W.M., Diekstra, R.F.W. & Wolters, W.H.G. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child Adolescent & Psychiatry*, 32:1, 51-59.
- www.cbs.statline.nl (2006).
- Zametkin, A.J., Alter, M.R. & Yemini, T. (2001). Suicide in teenagers. Assessment, management, and prevention. *Journal of American Medical Association*, 286:24, 3120-3125.
- Zimmerman, J.K. & Asnis, G.M. (ed.) (1995). *Treatment approaches with suicidal adolescents*. New York: John Wiley and Sons.