

HANDBOEK  
SUÏCIDAAL GEDRAG  
BIJ JONGEREN

INDIVIDUELE EN GEZINSBEHANDELING

Jan Meerdinkveldboom

Ineke Rood

Ad Kerkhof

**Boom**

# Inhoud

Voorwoord	11
Robert Vermeiren	
Voorwoord	13
Van de redactie	
Inleiding	15
DEEL I: UITGANGSPUNTEN	21
1 Suïcidaal gedrag onder jongeren: definities en getallen	23
1.1 Suïcides 23   1.2 Suïcidepogingen 26   1.3 Suïcide-ideatie of suïcidale gedachten en plannen 30   1.4 Suïcidaliteit 30	
2 Hulpverlening aan jongeren met suïcidaal gedrag en hun gezinnen	31
2.1 Jongeren en hun ouders 31   2.2 Op weg naar volwassenheid 33   2.3 Ouders en gezin in transitie 35   2.4 Jongeren met problemen 35   2.5 Ouders betrekken bij de hulpverlening 36   2.6 De voordelen van ouderlijke betrokkenheid bij de hulpverlening 38   2.7 Onze visie in kort bestek 39	
3 Juridische aspecten	40
3.1 De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst 41   3.2 Geheimhouding bij suïcidegevaar 42   3.3 Dossiervorming 42   3.4 Aanbevelingen 43	

4	De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	44
	4.1 De zes essentiële elementen van goede hulpverlening 44   4.2 De Richtlijn in kort bestek 45	
5	Ketenzorg	47
	5.1 Richtlijnen bij ketenzorg 48   5.2 De Multidisciplinaire richtlijn en het Kwaliteitsdocument ketenzorg 48   5.3 Stagering van de crisissituatie 49   5.4 Kleine zorgaanbieders 50   5.5 Doe het niet alleen! 51	
6	Hulpverleners buiten de ggz	52
	6.1 De context is anders 53   6.2 Als de hulp op gang gekomen is 54   6.3 Urgentie 55	
7	Zelfbeschadiging	57
	7.1 Wanneer is er sprake van zelfbeschadiging? 57   7.2 Motieven voor zelfbeschadiging 58   7.3 Oorzaken van zelfbeschadiging 58   7.4 Het mechanisme van zelfbeschadiging 59   7.5 Effecten op de omgeving 59   7.6 Behandeling 60   7.7 Zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag 62   7.8 Aanbevelingen 62	
	DEEL II: RISICOFACTOREN, DIAGNOSTIEK EN RISICOBEOORDELING	65
8	Risicofactoren	67
	8.1 Wat zijn risicofactoren? 67   8.2 Psychologische kenmerken 68   8.3 Sociale kenmerken en de levensgeschiedenis 70   8.4 De gezinsfactoren 72   8.5 Psychopathologie 75   8.6 Piekeren over suïcide 79   8.7 Bijwerkingen van somatische geneesmiddelen 80   8.8 Tot slot 81	
9	Diagnostiek	82
	9.1 Het eerste contact 83   9.2 Diagnostiek van suïcidaal gedrag 85   9.3 Aanbevelingen 92	
10	Stagering van het suïcidale proces	94
	10.1 Stadium 1: lichte mate van suïcidale ideatie 94   10.2 Stadium 2: ambivalenties zijn sterk aanwezig 94   10.3 Stadium 3: ernstige mate van suïcidale ideatie 95   10.4 Stadium 4: zeer ernstige mate van suïcidale ideatie en preoccupatie 95   10.5 Tot slot 96	

11	De presuïcidale fase (stadium 4)	97
	11.1 Suïcide als enige uitweg 97   11.2 Opluchting en dwaalsporen 98   11.3 Zwijgzaamheid en ontkenning 99   11.4 Alarmfase 99   11.5 Tot slot 100	
12	De afronding van het diagnostisch proces	101
	12.1 De structuurdiagnose van het suïcidale gedrag 101   12.2 Aanbevelingen 105	
DEEL III: DE BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG		107
13	De context en discipline van de hulpverlener	109
	13.1 Ga nooit in op een verzoek tot geheimhouding 109   13.2 Licht eerst de ouders in 110   13.3 Houd contact 110   13.4 Beoordeel de situatie, of laat die beoordelen 110   13.5 Het vervolg 110	
14	Het intake- of crisisgesprek	112
	14.1 De jongere komt alleen naar de intake 113   14.2 De jongere komt samen met (een van) zijn ouders naar de intake 114   14.3 Het intakegesprek: stap voor stap 114   14.4 Aanbevelingen 115	
15	Interventies op individueel niveau	116
	15.1 Suïcidaliteit in stadia 1 en 2 116   15.2 Suïcidaliteit in stadia 3 en 4 116   15.3 Behandelbeleid bepalen 117   15.4 Aanbevelingen 117	
16	Het veiligheidsplan	118
	16.1 Hoe maak je een veiligheidsplan? 118   16.2 Aanbevelingen 123	
17	Medicamenteuze behandeling	124
	17.1 Algemene aspecten van de behandeling met psychofarmaca bij jongeren 124   17.2 De medicamenteuze behandelmogelijkheden 127   17.3 Medicatie gericht op het suïcidale gedrag 130   17.4 Aanbevelingen 130	
18	Piekeren verminderen	132
	18.1 De behandeling stap voor stap 132   18.2 Positieve gedachten en herinneringen 136   18.3 De nare nachten 136   18.4 Beschouwing 136   18.5 Aanbevelingen 137	
19	Het suïcideverbod	138
	19.1 De context 138   19.2 Doel van de interventie 139   19.3 De interventie 139	

	19.4 Het moment 140   19.5 De toon 140   19.6 De hulpverleningsrelatie 141   19.7 De ouders 141   19.8 Contra-indicaties bij de jongere 142   19.9 Contra-indicaties bij de ouders 143   19.10 Contra-indicaties bij de hulpverlener 144   19.11 Reacties op het verbod 144   19.12 Waarom kan dit verbod effectief zijn? 145   19.13 Samenvatting 146   19.14 Aanbevelingen 146	
20	Opnemen of niet? 147 20.1 Opname op vrijwillige basis 148   20.2 Opname op onvrijwillige basis 149   20.3 Het gezinsgesprek: de veiligheid 154   20.4 Aanbevelingen 155	
21	Gesprekken vanuit de context van het gezinssysteem 156 21.1 Uitgangspunten van de systeembenadering 156   21.2 Gezinnen: algemene aspecten 158   21.3 Suïcidaal gedrag in de context van het systeem 159   21.4 De wisselwerking met reeds bestaande gezinsproblemen 159   21.5 De noodzaak van gezinsgesprekken 161   21.6 Zoeken naar nieuwe betekenissen voor suïcidaal gedrag 162   21.7 Wat zijn goede vragen? 162   21.8 Circulair vragen: 'roddelen' in elkaars aanwezigheid 164   21.9 Lineair of circulair vragen? 165   21.10 Verbreden van het perspectief met grafische middelen 168   21.11 Beschouwing 173   21.12 Aanbevelingen 174	
22	Multiculturele gezinnen 175 22.1 Cultuurspecifieke factoren: overeenkomsten 175   22.2 Cultuurspecifieke factoren 176   22.3 De identiteitsontwikkeling van niet-westerse jongeren 177   22.4 Invloed van taal 179   22.5 Migratie- en verliethema's 180   22.6 Het gezinsgesprek vanuit een systemisch perspectief 181   22.7 Aandacht voor de heilige huisjes 184   22.8 Aanbevelingen 185	
	DEEL IV: CAPITA SELECTA 187	
23	Suïcidaal gedrag bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis 189 23.1 De borderline-persoonlijkheidsstoornis bij jongeren 190   23.2 Het behandelbeleid: preventie 192   23.3 Het behandelbeleid: interventies 194   23.4 De opname 195   23.5 Het Bed-Op-Recept 197   23.6 Dialectische gedragstherapie 198   23.7 Als het suïcidale gedrag niet overgaat 200   23.8 Aanbevelingen 202	

24	Chronisch suïcidaal gedrag	203
	24.1 Piekeren en dwanggedachten 203   24.2 Opkomende en verdwijnende gedachten aan suïcide 204   24.3 Blijvende ambivalentie 204   24.4 Aanbevelingen 205	
25	Suïcidaal gedrag binnen een residentiële setting	207
	25.1 Veiligheid 207   25.2 Rollen en taken van de ouders 209   25.3 Rollen en taken van de teamleden 211   25.4 Bundeling van krachten 212   25.5 Aanbevelingen 212	
26	Online hulpverlening	213
	26.1 Voordelen van online hulpverlening 213   26.2 Nadelen van online hulpverlening 214   26.3 Een goed begin? 214   26.4 Aanbevelingen 215	
27	Emotionele valkuilen	216
	27.1 Valkuilen voor de hulpverlener 216   27.2 Valkuilen aan de kant van de jongere, de ouders en de keten 221   27.3 Aanbevelingen 222	
28	Na de suïcidale crisis: vervolgstappen en vervolgbehandeling	224
	28.1 De jongere was al in behandeling 224   28.2 De jongere kreeg nog geen hulp 225   28.3 Er is een nieuwe situatie ontstaan 225   28.4 Hulp gerelateerd aan de risicofactoren 225   28.5 Tot slot 226   28.6 Aanbevelingen 226	
29	Nazorg bij een suïcide: de aansluitende periode	227
	29.1 Reacties van nabestaanden 227   29.2 Acties en zorg in de acute en de aansluitende fase 229   29.3 De psychologisch-psychiatrische reconstructie 233   29.4 De rol van de hulpverlener: het proces van reconstructie 235   29.5 Gecomplexeerde rouw 236   29.6 Nazorg op langere termijn 238   29.7 Overlijden aan suïcide binnen de muren van de instelling 238   29.8 Was de zorg niet toereikend? 246   29.9 Checklist voor de evaluatie binnen het team of de afdeling 247   29.10 Inzage in het dossier door nabestaanden 248   29.11 Aanbevelingen 249	
	Nawoord	251
	Register	252
	Over de auteurs	256

# Voorwoord

Veertien 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 van 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

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

De Richtlijn bevat aparte hoofdstukken over 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 gezinnen geeft het richting aan de manier waarop het passendst en effectiefst hulp kan worden geboden. Gebrek aan specifieke kennis en aan benodigde vaardigheden mogen vanzelfsprekend nooit ten grondslag liggen aan inadequaat uitgevoerde hulp. Het gaat immers om de levens 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 aan 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.

Jan Meerdinkveldboom  
Ineke Rood  
Ad Kerkhof

Maart 2016

# 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 zal 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!’\**

Dit boek is ontstaan uit de behoefte om aan iedereen die te maken krijgt met suïcidale jongeren handvatten te verschaffen om adequaat te handelen. Bij de voorbereiding van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, waarbij de eerste en de derde 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 besteden, 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 gedaan worden die deze zorg niet nodig hebben en dus niet in de statistieken vertegenwoordigd zijn.

---

\* Deze casus is overgenomen uit: Meerdinkveldboom, J. (2015). Samen minder dan één. *Systeemtherapie*, 27(4), 220-225.

### *Doelgroep*

Dit boek richt zich specifiek op 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 op de jongeren zelf richten wij ons in dit boek op hun directe omgeving, in het bijzonder op hun ouders. Gegevens uit de literatuur en uit de 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 22 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 noodza-

kelijk dat alle ggz-professionals de *Multidisciplinaire richtlijn* kennen en daarin onderwezen 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 dubbelblinde onderzoeken: suïcidale jongeren mogen immers niet de kans lopen dat zij geen behandeling krijgen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

### *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. Voor hen kan dit boek handvatten geven 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, bij 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. Ze kunnen belangrijke schakels zijn in de hulpverlening, ook als specialistische hulp nodig is.

### *Indeling van het boek*

Het boek is verdeeld in vier delen. In deel 1 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 in beeld, 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 gezinnen 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 per hoofdstuk slechts aangevuld wat 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 gezinnen, en lezers die commentaar, verbeteringen en aanvullingen willen leveren zijn daarom van harte uitgenodigd dit te doen. U kunt de auteurs mailen via [jan@mdvb.demon.nl](mailto:jan@mdvb.demon.nl).

DEEL I:  
UITGANGSPUNTEN



# 1 Suïcidaal gedrag onder jongeren: definities en getallen

In dit hoofdstuk geven we weer wat bekend is over de frequenties van suicide, suïcidepogingen, zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan suicide 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 aan te brengen’ (WHO, De Leo et al., 1996).

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

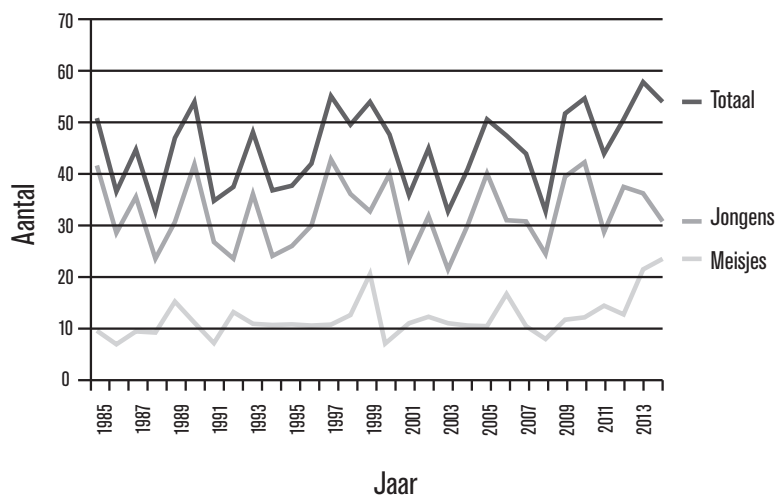
uitging. Dit lijkt heel logisch, maar het is soms moeilijk vast te stellen. Soms staat iemand zo ambivalent tegenover de dood dat hij de afloop laat afhangen van het toeval. Wanneer de jongere misschien gokte op een niet-dodelijke afloop, terwijl de handeling wel in de dood eindigde, dan spreken we van suïcide wanneer de jongere wist aan welk mogelijk gevolg 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*: men 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.’

### 1.1.1 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, 2015; 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 sui-

cide 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).



**Figuur 1.1** Suïcide onder jongeren tot 20 jaar in Nederland 1985-2014 in absolute aantallen (CBS, 2015).

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? 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 stijgende kalenderjaar het aantal suïcides verder toe. Tussen de 10 en 25 jaar komen per jaar gemiddeld 120-140 jongeren door suïcide om het leven.

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