Het betrekken van de ouders bij de hulp aan suïcidale jongeren is een must

J. MEERDINKVELDBOOM

ARTIKEL

Sabbe e.a. (2020) staan elders in dit nummer stil bij de vraag of ouders bij de hulp aan suïcidale jongeren betrokken moeten worden wanneer jongeren de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt. Zij wijzen terecht op het optreden van velerlei psychiatrische beelden tussen de leeftijden van 15 en 25 jaar en op het relatief vaak optreden van suïcidaal gedrag, soms met overlijden tot gevolg. De hulp aan jongeren tot 18 jaar wordt anders gefinancierd en ingericht dan bij de groep boven deze leeftijd. In Nederland heeft de invoering van de wet op de Jeugdzorg in 2015 dit verschil nog eens vergroot. Binnen de ggz is dan ook vaak sprake van een niet altijd makkelijke overgang van de hulp als de leeftijd van 18 jaar wordt bereikt. Maar dit zou de hulp aan deze doelgroep niet in de weg mogen staan.

De auteurs stellen dat het betrekken van ouders voor de groep tot 18 jaar geen vraag is: dit is immers vanzelfsprekend. Maar, vervolgen zij, boven de 18 jaar komt een dilemma naar voren: men dient dan, stellen zij, de autonomie van de jongvolwassene te respecteren en het aan hen over te laten om te beslissen of hun ouders bij de zorg worden betrokken.

Is er wel een dilemma?

Ik meen dat er hier hoegenaamd géén sprake is van enig dilemma, al verneem ik regelmatig dat bij deze leeftijdsgroep ouders buiten de behandeling worden gehouden, hetzij naar de wens van de jongere, hetzij dat de behandelaar dit niet nodig of soms zelf ongewenst vindt.

Zowel in de documentaire *In het hoofd van mijn zusje* (Ingrid Kamerling 2016) als in de documentaire *Doodzonde* (Julia von Graevenitz 2019) komen ouders in beeld van jongeren van 20 tot 24 jaar die om het leven zijn gekomen door suïcide. Die ouders werden niet bij de hulp betrokken terwijl zij zeer onzeker waren over de vraag of en zo ja welke rol zij konden spelen om hun kind voor suïcide te behoeden. Behandelaars toonden zich onzeker over hun handelen daarbij en kozen vervolgens om de ouders niet te betrekken, al dan niet op verzoek van de jongere. Twijfel en onzekerheid waren dus volop aanwezig, juist bij degenen van wie verwacht mag worden dat ze een visie op hun handelen hebben.

Sabbe e.a. vermelden dat er geen studies zijn waarin aangetoond wordt dat het betrekken van ouders gunstige effecten heeft op het suïcidale gedrag van de jongere. Voor de groep tot 18 jaar is wel onderzocht dat intensieve gezinstherapeutische interventies effectief zijn (Huey e.a. 2004; Diamond e.a. 2010). Maar over de groep jongeren van 20-25 jaar is geen onderzoek bekend naar het betrekken van hun ouders. De richtlijn (van Hemert e.a. 2012) schrijft het betrekken van naasten voor. Maar los daarvan leert de ervaring dat dit wel degelijk meerwaarde heeft en in feite noodzakelijk is.

Het uitgangspunt

Met het bereiken van de leeftijd van 18 jaar wordt een jongere meerderjarig. Dat brengt met name juridische veranderingen met zich mee. Maar van volwassen worden is vooralsnog geen sprake; dat proces is pas voltooid bij de leeftijd van 23 tot 25 jaar of soms nog later. Van economische zelfstandigheid is, uitzonderingen daargelaten, meestal nog geen sprake. De identiteitsontwikkeling is nog niet afgerond, evenmin als het leerproces na het middelbaar onderwijs. Veelal zijn deze jongeren zowel emotioneel als financieel nog afhankelijk van hun ouders. Het is dan ook gerechtvaardigd om bij deze leeftijdsgroep te spreken van (oudere) adolescenten. De term 'jongvolwassene' is verwarrend en geeft de jongere een autonomie die hij of zij nog niet kan dragen.

Maar nog belangrijker is het feit dat bij suïcidale jongeren zich twee starre cognities ontwikkelen die het hun moeilijk maken om helder over hun mogelijkheden en moeilijkheden na te denken. Joiner (2007) wees op het denkbeeld dat zij ervan overtuigd zijn dat zij voor anderen geen betekenis meer hebben. Het onderzoek van Orden e.a. (2012) bracht aan het licht dat deze jongeren sterk van mening zijn dat zij anderen alleen maar tot last zijn. De combinatie van deze cognities leidt tot een sterke tunnelvisie waardoor zij niet in staat zijn de regie over hun leven

en de aard en vorm van de hulpverlening die nodig is, in eigen handen te houden. Met andere woorden: het is aan de behandelaar om tijdelijk, en vooralsnog alleen op dit gebied, deze regie over te nemen tot de jongere in staat is die weer meer zelf ter hand te nemen. Vermeld moet worden dat genoemde onderzoeken (nog) niet gerepliceerd zijn. Overigens worden deze ideeën ook gemeld door ouderen die willen sterven omdat ze menen dat hun leven voltooid is.

Ernstige suïcidaliteit; minder wilsbekwaam

Doet men dit niet, dan laat men deze regie dus over aan een nog niet volwassen persoon die gevangen zit in een *entrapment* die zijn kijk op zijn leven bepaalt. Niet alleen wordt daarmee die jongere overvraagd, het gevaar is daarmee onnodig vergroot dat de hulp onvoldoende effectief zal zijn. En dat terwijl het om een kwestie van leven of dood gaat.

Het is voor mij dan ook duidelijk dat er geen sprake is van enig dilemma: bij de hulp aan suïcidale jongeren moeten ouders *altijd* betrokken worden, ongeacht wat die jongere zelf wil. Men is immers verplicht zo goed mogelijk hulp te bieden. Dat is de basis van de ethiek van de zorg. In sommige gevallen zal men een praktische en/of verstandige weg moeten kiezen om het doel te bereiken, maar dat doet niets af aan het uitgangspunt.

Een aspect dat in dit kader regelmatig wordt genoemd, is de geheimhoudingsplicht die de behandelaar zou verbieden om tegen de wil van de jongere in anderen in te lichten over diens situatie. Daar tegenover evenwel staat de zorgplicht. In dit conflict van plichten dient de zorgplicht zonder meer het zwaarst te wegen. En in de praktijk leidt dit zelden tot een echte breuk van de jongere met de behandelaar.

Besluit

Werk altijd samen met de ouders om hun kind te helpen. De combinatie van hun betrokkenheid bij hun kind en hun kennis van diens geschiedenis en eigenschappen tezamen met onze deskundigheid, zorgt ervoor dat hulp het effectiefst kan zijn.

LITERATUUR

- Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, e.a. Attachment-Based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49: 122-31.
- Hemert van AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG e.a. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43: 183-90.
- Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2007.
- Orden KA van, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner TE. Twarted belongingness and percieved burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of Interpersonal Needs Questionnairy. Psychol Asses 2012; 24: 197-215.
- Sabbe M, Hendrickx G, Vanlinthout E, Tremmery S. Ouders van suïcidale jongeren: een therapeutische en ethische uitdaging. Tijdschr Psychiatr 2020; 62: 270-78.

AUTEUR

JAN MEERDINKVELDBOOM, jeugdpsychiater niet praktiserend, en consulent op het gebied van suïcidaal gedrag bij jongeren.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: jan.mdvb@outlook.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-2-2020.

TITLE IN ENGLISH

Involving the parents in the care for suicidal youth is a must