

# Ouders van suïcidale jongeren en transitiepsychiatrie; ethische en therapeutische uitdagingen

M. SABBE, G. HENDRICKX, E. VANLINTHOUT, S. TREMMERY

**ACHTERGROND** Voor jongeren tussen 15 en 25 jaar met psychische kwetsbaarheden, die de transitie van kinderpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie maken, is er vaak discontinuïteit van zorg. Juist in deze leeftijdsgroep is suïcide één van de voornaamste doodsoorzaken. Hoewel men weet dat ouders belangrijk zijn in het zorgproces bij suïcidale jongeren, stuit de ouderparticipatie tijdens de transitie op verschillende uitdagingen.

**DOEL** Het duiden van de ethische, therapeutische en praktische aspecten wat betreft ouders van een suïcidale jongere tijdens de transitie.

**METHODE** Een literatuurstudie in de belangrijkste literatuuurdatabanken.

**RESULTATEN** We vonden geen studies die specifiek focussen op ouderparticipatie bij suïcidale jongeren in de transitiezorg. De wetenschappelijke evidentie om de ouders van suïcidale jongeren te betrekken bij de behandeling is groot, zowel naar uitkomst als naar levenskwaliteit. In de transitiezorg is de betrokkenheid van ouders eveneens belangrijk, maar verschillende barrières zijn aanwezig die deze participatie bemoeilijken.

**CONCLUSIE** Ouderparticipatie tijdens de transitiezorg wordt door ethische, therapeutische en praktische kwesties bemoeilijkt. Hiermee rekening houdend moeten ouders in de zorg voor hun kind zo veel mogelijk betrokken worden. Verder dient er ook voldoende aandacht te zijn voor de zorgen en noden van de ouders zelf.

**TREFWOORDEN** jongeren, ouders, suïcide, transitiezorg



ARTIKEL



In Vlaanderen en Nederland is suïcide één van de voornaamste doodsoorzaken voor mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 15-29 jaar (Agentschap Zorg en Gezondheid 2016; Rijksoverheid 2018). Juist in deze leeftijdscategorie is er tevens een sterke toename van psychiatrische stoornissen die gerelateerd zijn aan suïcide (Kessler e.a. 2007; Vanclooster e.a. 2013; Avenevoli e.a. 2015). Onderzoek toont bovendien een duidelijke zorgdiscontinuïteit aan op het moment dat jongeren met psychische problemen de volwassen leeftijd bereiken, met een kloof tussen kinderpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie. Voor jonge-

ren met mentale gezondheidsproblemen is transitiezorg van groot belang aangezien psychiatrische aandoeningen de verschillende ontwikkelingsdomeinen negatief kunnen beïnvloeden (Singh 2009; Coppens e.a. 2015). Op het moment dat jongeren naar volwassenenhulpverlening overstappen, wonen de meesten nog thuis waardoor de ouders onvermijdelijk geconfronteerd worden met de zorg voor hun kind. Dit resulteert in een complexe dualiteit, waarin de jongere maatschappelijk als onafhankelijke volwassene wordt gezien en de ouder in de thuissituatie de ouderrol verder opneemt. Deze dualiteit maakt dat ouder-

participatie in de transitiezorg verschillende ethische, therapeutische en praktische uitdagingen kent (Livesey & Rostain 2017).

Hoewel richtlijnen adviseren om de omgeving van jongeren met psychiatrische problemen maximaal bij de behandeling te betrekken (Meerdinkveldboom e.a. 2019), zijn ouders vaak onvoldoende voorbereid om de zorg voor hun opgroeiende jongere mede op zich te nemen (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Verder is er geen eenduidige afstemming tussen ouders en hulpverleners over de verwachtingen van en verantwoordelijkheden tegenover elkaar.

In dit artikel trachten we de ethische, therapeutische en praktische aspecten wat betreft ouders van een kind met mentale problemen uit de transitieleef tijd in kaart te brengen. Hierbij spitsen we ons voornamelijk toe op suïcidaal gedrag gezien de hoge prevalentie en mortaliteit.

## METHODE

Voor deze literatuurstudie werden de volgende databases systematisch doorzocht: PubMed, Embase, Medline, Cochrane, Dynamed, UpToDate, Clinical Evidence, National Guidelines Clearinghouse, NICE Guidelines en TRIP. Hierbij combineerden we termen wat betreft suïcide, de specifieke leeftijdscategorie, de rol van ouders of opvoeders, en de psychiatrische transitiezorg. De zoekstrategie liep tot en met december 2018 en bestond uit drie delen: De eerste zoekactie focuste op overkoepelende studies naar ouders van suïcidale jongeren binnen de transitiezorg, maar leverde geen resultaten op.

De tweede zoekactie, gericht op ouders van suïcidale jongvolwassenen, leverde 483 artikelen op. Selectie gebeurde op basis van volgende exclusiecriteria: publicaties ouder dan 15 jaar, niet Engels- of Nederlandstalig, studies over specifieke bevolkingsgroepen, en artikelen die enkel gericht zijn op ADHD of autismespectrumstoornis (ASS) gezien het specifieke karakter en tijdsverloop van deze ontwikkelingsstoornissen. Na deze screening bleven er 49 artikelen over. Er werden 24 artikelen toegevoegd na het doornemen van referenties. Na selectie op basis van titel, abstract en de volledige tekst bleven er 18 publicaties over.

De derde zoekactie, gericht op studies naar ouders binnen de transitiezorg, leverde 142 artikelen op. De volgende exclusiecriteria werden toegepast: publicaties ouder dan 15 jaar, niet Engels- of Nederlandstalig, en artikelen specifiek over ADHD of ASS. Na het toepassen van deze exclusiecriteria bleven 38 resultaten over. Er werden 29 artikelen toegevoegd na het doornemen van referenties. Na screenen op basis van titel, abstract en volledig tekst bleven er 17 artikelen over (FIGUUR 1).

## AUTEURS

**MAARTEN SABBE**, arts, KU Leuven.

**GAËLLE HENDRICKX**, psycholoog, doctoraatsstudent, departement Neurowetenschappen, Klinische Psychiatrie, KU Leuven.

**ELS VANLINTHOUT**, criminoloog en wetenschappelijk medewerker, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

**SABINE TREMMERY**, kinder- en jeugdpsychiater, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

## CORRESPONDENTIEADRES

Gaëlle Hendrickx, Centrum voor Klinische Psychiatrie, Kapucijnenvoer 7, blok h bus 7001, 3000 Leuven, België.  
E-mail: gaelle.hendrickx@kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-10-2019.

## RESULTATEN

Ondanks het belangrijke zorgaspect van suïcide bij jongeren, bleken er op het gebied van de transitiezorg vooralsnog geen studies te bestaan die zich specifiek focussen op ouders van suïcidale jongeren. Wij bespreken achtereenvolgens de ethische, therapeutische en praktische uitdagingen waarmee hulpverleners geconfronteerd worden wat betreft ouders tijdens de transitiezorg. Hoewel onze aandacht in het bijzonder uitgaat naar suïcidale jongeren, zijn veel van de aspecten van toepassing op alle jongeren met psychische problemen.

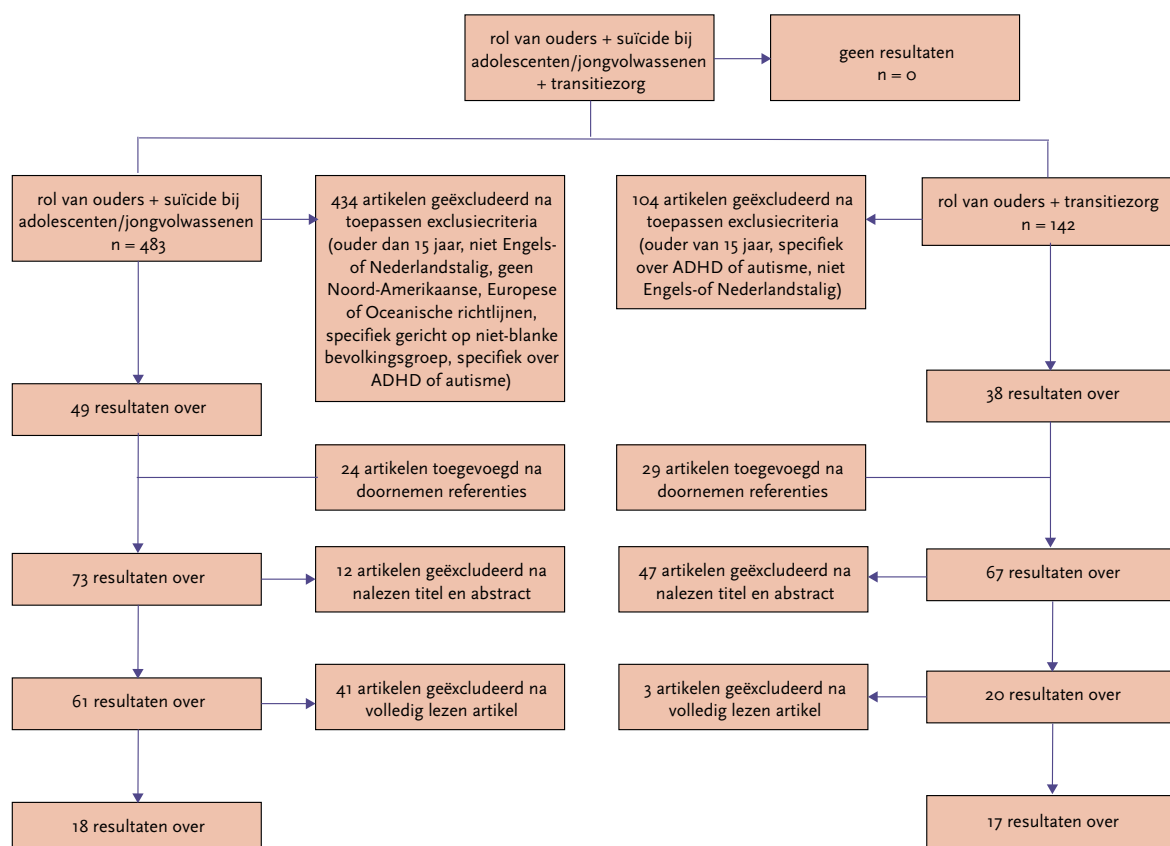
## Ethische uitdagingen

### WETGEVING

Het beroepsgeheim geldt in België en Nederland voor iedereen, ongeacht de leeftijd of bekwaamheid van de patiënt. Ouders hebben echter, vanuit hun ouderlijk gezag, het recht om opvoedingsbeslissingen te nemen over hun minderjarige kinderen. Zij hebben daarom behoefte aan, en recht op informatie over hun kinderen (Aerts e.a. 2017). Wanneer kinderen in België 18 jaar worden, vervalt dit ouderlijk gezag (Burgerlijk Wetboek 21 maart 1804). In Nederland hebben jongeren vanaf 16 jaar al dezelfde patiëntenrechten als volwassenen (Burgerlijk Wetboek Boek 7).

De betrokkenheid van ouders in de zorg voor jongvolwassenen blijft zo een controversieel thema. Hierdoor wordt de ouderlijke betrokkenheid in het transitieproces, het beroepsgeheim in acht nemend, soms beperkt tot louter

**FIGUUR 1** Zoekstrategie literatuur



het meedelen van informatie (Signorini e.a. 2018). Het beroepsgeheim mag wel doorbroken worden indien de jongere hier toestemming voor geeft, bij wilsonbekwaamheid of indien er gevaar dreigt voor de jongere (Strafwetboek artikel 458).

#### GROEIENDE AUTONOMIE

Kenmerkend aan de jongvolwassenheid is de groeiende autonomie. Naarmate jongeren ouder worden, willen sommigen hun ouders minder betrekken bij de eigen zorg. Ouders willen echter evenveel betrokken blijven wanneer hun kind zorg krijgt in volwassenenpsychiatrie (Singh e.a. 2010). Toch willen niet alle jongeren totale autonomie. Velen willen dat hun ouders tot op een zeker niveau betrokken blijven in het transitieproces, al vinden sommigen het moeilijk om te beslissen over de mate van ouderlijke betrokkenheid (Hovish e.a. 2012; Signorini e.a. 2018).

Uit algemene richtlijnen over de overgang van kinder- naar volwassenenzorg blijkt dat het *'belangrijk is om regelmatig bij de jongere af te toetsen in welke mate zij ouderlijke betrokkenheid wensen gedurende het transitieproces, ook wanneer de overgang naar volwassenenzorg reeds is gemaakt. Hierbij moet men rekening houden met het beoordelingsvermogen van de*

*jongere. Door jongeren de kans te geven hun bezorgdheden en verwachtingen apart met de hulpverlener te bespreken, kan het vertrouwen in de hulpverleners in de volwassenenzorg groeien.'* (NICE 2016).

#### TRANSITIELEEF TIJD

De achterstand in verschillende ontwikkelingsdomeinen die jongeren door hun psychiatrische problematiek kunnen oplopen, maakt dat ouders hun kinderen jonger inschatten. Wanneer jongeren de transitieleeftijd naderen, maken ouders zich zorgen dat hun kind niet klaar is voor het volwassen leven (Jivanjee e.a. 2009). Om hun kind beter voor te bereiden op de overgang, pleiten ouders voor een vroegere start met de transitieplanning alsook voor meer soepelheid omtrent de transitieleeftijd (Jivanjee e.a. 2009; Hovish e.a. 2012).

#### Therapeutische uitdagingen

##### VERSCHILLEN TUSSEN KINDER- EN VOLWASSENENPSYCHIATRIE

Kinder- en volwassenenpsychiatrie zijn vanuit een andere oorsprong en een ander denkkader ontstaan. Dit resulteert tot op heden in een verschillende manier van werken (Singh 2009; Singh e.a. 2010). Daar waar kinderpsychiatrie

eerder holistisch, inclusief en familiegeoriënteerd is, focust volwassenenpsychiatrie voornamelijk op individuele patiënten met hun symptomen en ziektebeelden (Reale & Bonati 2015). Hulpverleners uit de volwassenenpsychiatrie rapporteren dat zij ouders slechts in 52% van de gevallen bij het zorgproces betrekken, waar dit in kinderpsychiatrie 89% is (Mcnamara e.a. 2014). Ouders zijn over het algemeen meer tevreden over de familieoriëntatie van de kinderpsychiatrie, al geven sommigen aan dat deze werkwijze het kind misschien onvoldoende voorbereidt op de volwassenheid (Abidi 2017).

#### DETECTIE EN KANS OP SUÏCIDAAL GEDRAG

Hoewel het tot op heden onmogelijk is om suïcide op een accurate manier te voorspellen, bestaat er consensus over het belang van een goede inschatting van het suïciderisico bij elke patiënt die zich suïcidaal uit (Silverman e.a. 2015; Mulder e.a. 2016; Shain 2016). Om de risico- en beschermende factoren in kaart te brengen, dient men steeds de context van de patiënt te betrekken, aangezien die een belangrijke bron van informatie kan zijn (Aerts e.a. 2017). Een aantal factoren wat betreft de ouders zelf vormen een risicofactor voor suïcide bij het kind. Zo verhoogt een ouderlijke voorgeschiedenis van suïcide (pogingen) het risico op suïcide bij het kind (Shain 2016). Wanneer kinderen getuige zijn geweest van de poging, stijgt het risico andermaal (O'Connor & Nock 2014). Problemen in de relatie tussen ouders en kinderen, jongeren die met hun zorgen of mentale problemen niet bij hun ouders terecht kunnen, of ouders wiens opvoedingsstijl als negatief omschreven kan worden, verhogen het suïciderisico (King & Merchant 2008; Donath e.a. 2014; Teevale e.a. 2016; Bolat e.a. 2017). Een gevoel van verbondenheid in een gezin is dan weer een duidelijke protectieve factor (Goldsmith e.a. 2002).

#### REACTIES OP SUÏCIDAAL GEDRAG

Onmiddellijk nadat ouders geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag van hun kind domineren vaak gevoelens van shock, boosheid en ongeloof. Later komen stress, angst, schuld en machteloosheid op (Buus e.a. 2014; Ferrey e.a. 2016). Deze gevoelens kunnen er voor zorgen dat de ouder-kindrelatie moeizaam en conflictueus verloopt (Buus e.a. 2014; Reynnders e.a. 2018).

De manier waarop ouders reageren op suïcidale uitingen of een suïcidepoging, speelt een belangrijke rol in het toekomstig gedrag van hun kind (Lachal e.a. 2015; Aerts e.a. 2017). Bovendien geven ouders aan dat ze ondersteuning wensen bij hun emoties en frustraties, doordat ze het gevoel hebben dat deze het gezin verder ontwrichten (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Als gevolg van schaamte en het stigma op suïcidaal gedrag in de maatschappij rap-

porteren ouders een periode van sociale isolatie (Aerts e.a. 2017). Ouders kunnen hierdoor hun sociale netwerk verliezen en willen dit in een periode van herstel weer opbouwen. Eveneens willen ze graag meer lotgenoten ontmoeten (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018).

#### GEZINSFUNCTIONEREN

Behandelaars in de transitiezorg moeten het evenwicht vinden tussen datgene wat de steeds autonomer wordende patiënt wenst en datgene wat die patiënt nodig heeft. Voor deze evenwichtsoefening moet de hulpverlener een inschatting maken van het gezinsfunctioneren, waarna men een idee krijgt over het te verwachten effect van het al dan niet nauw betrekken van de ouders bij de behandeling (Livesey & Rostain 2017).

Ouders en hun kinderen delen vaak dezelfde genetische en omgevingsfactoren. Daarom vermoedt men dat er bij een aanzienlijk deel van de ouders eveneens een psychiatrische aandoening bestaat. Hulpverleners vinden het in dergelijke situaties nog moeilijker om de ouders bij de hulpverlening te betrekken. Een argument hiervoor is dat de betrokkenheid zowel voor de patiënt als voor de ouder een extra psychologische belasting kan zijn (Signorini e.a. 2018). Zelfs wanneer ouderlijke betrokkenheid het behandelingsproces zou bemoeilijken, dient de hulpverlener ernaar te streven dit tot op een zekere hoogte te blijven doen. Vóór bepaalde interventies starten, moet men duidelijke afspraken maken over ouderparticipatie (Livesey & Rostain 2017). Jongeren en ouders geven bovendien reeds in de kinderpsychiatrie aan dat ze nood hebben aan afzonderlijke én gezamenlijke contacten met hulpverleners (Coyne e.a. 2015).

#### BEHANDELING

Ouders kunnen vaak als eersten ingrijpen bij een suïcidale crisis. De hulpverlener dient daarom van alle betrokkenen duidelijk te omschrijven welke rol zij van de patiënt mogen spelen in het behandelplan. Verder moeten ouders ingelicht worden over het gevaar op herhaald suïcidaal gedrag, uitlokkende omstandigheden, waarschuwingssignalen, en de rol van alcohol en drugs bij het intensiveren van het suïcidale gedrag (Aerts e.a. 2017). In een latere fase kunnen ouders eveneens betrokken worden in de zorg voor hun kind, bijvoorbeeld door systeemtherapie (Livesey & Rostain 2017). Zo moeten alle suïcidale patiënten gemotiveerd worden om hun familie zo veel mogelijk bij de behandeling te betrekken, ook wanneer jongeren dat expliciet weigeren (Wasserman e.a. 2012; Lindgren e.a. 2016).

Toch kan niet zomaar elke ouder van elke suïcidale jongere in de behandeling betrokken worden. Volgens richtlijnen over suïcide bij jongeren moeten hulpverleners de balans

zoeken tussen de ontwikkelende autonomie en capaciteiten van de jonge patiënt enerzijds en de ingeschatte risico's, draagkracht en meningen van ouders anderzijds (NICE 2011; Aerts e.a. 2017).

## Praktische uitdagingen

### NODEN VAN OUDERS

Wanneer ouders de zorg voor hun kind moeten toevertrouwen aan hulpverleners ervaren ze een gevoel van machteloosheid. Ze beschouwen het ouderschap als een verantwoordelijkheid waar ze niet aan kunnen ontsnappen, hoewel ze hun kind niet altijd kunnen helpen (Lindgren e.a. 2016). Het is belangrijk om ouders op die moeilijke momenten te bevestigen in hun ouderlijke rol en zo bij te dragen tot ouderlijke betrokkenheid in de zorg (Aerts e.a. 2017). Ouders willen leren hoe ze moeten omgaan met conflict- of crisissituaties. Door hun eigen aanpak te verbeteren, hopen ze tevredener te worden met hun rol als opvoeder (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Ouders willen dat de transitiezorg niet enkel de psychiatrische problematiek aanpakt, maar ook dat deze hun kind ondersteunt in alle ontwikkelingsdomeinen. Zo zijn ouders vragende partij voor meer vaardigheidstrainingen en een meer coachende hulpverlening (Jivanjee e.a. 2009). Ouders wensen dat hun jongvolwassen kind in volwassenenpsychiatrie meer ondersteund wordt in de zoektocht naar een aangepaste woonvorm, werk of opleiding. Echter, ouders vinden ook dat kinderpsychiatrische zorg hun kind te weinig voorbereidt op het leven als volwassene en alle veranderingen die daarmee gepaard gaan (Davis & Butler 2002). Ten slotte geven ouders praktische en financiële noden aan. Zo vinden ouders het moeilijk om beschikbaar te zijn voor de jongere in combinatie met een voltijdse baan. Ouders willen hiervoor vooral praktische ondersteuning (Paul e.a. 2015).

### TEVREDENHEID OVER DE ZORG

Tevredenheid van ouders over de zorg is belangrijk in het verzekeren van de zorgcontinuïteit. Eén van de redenen waarom jongeren niet van kinderpsychiatrische diensten worden doorverwezen, is omdat ouders dit zelf weigeren of liever private hulp zoeken (Paul e.a. 2013). Bovendien uiten ouders hun ongenoegen over de gebrekkige informatie die ze krijgen over hoe om te gaan met hun volwassen wordende kind, diens problematiek, conflictsituaties en crisismomenten (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Ouders geven aan dat er, naast te weinig informatie over mogelijke hulpverlening, ook te weinig hulpdiensten beschikbaar zijn die tegemoetkomen aan de noden van de jongere (Davis & Butler 2002; Jivanjee e.a. 2009). Verder bemoeilij-

ken lange wachtlijsten ouders in het vinden van gepaste hulp (Jivanjee e.a. 2009). Voor sommige ouders was het zelfs gemakkelijker om de nodige hulp zelf proberen aan te bieden, dan om gepaste hulp te vinden (Lindgren e.a. 2016).

Wanneer jongeren de overstap naar volwassenenpsychiatrie dienen te maken, maken ouders zich zorgen over toenemende financiële kosten (Paul e.a. 2015). Wanneer jongeren volwassen worden, is er sprake van stijgende zorg- en verzekeringskosten (Barr e.a. 2017), bijvoorbeeld door het beëindigen van de terugbetaling van psychofarmaca en psychologische begeleiding. Desalniettemin blijkt dat veel jongeren in toenemende mate, na het wettelijk volwassen worden, financieel afhankelijk blijven van hun ouders (Jivanjee e.a. 2009). Wanneer ouders ontevreden zijn over de zorg die hun kind krijgt, kunnen ze die zorg stopzetten door deze niet meer te betalen.

## DISCUSSIE

Onze literatuurstudie geeft de verschillende uitdagingen weer waarmee behandelaars geconfronteerd worden wat betreft ouderparticipatie bij suïcidale jongeren tijdens de transitiezorg. Er blijken vooralsnog geen studies te bestaan die hier specifiek op focussen. Toch zijn er verschillende raakvlakken tussen de zorg die ouders op zich kunnen nemen voor een suïcidale jongere en de zorg tijdens het transitieproces.

De belangrijkste overeenkomst in de literatuur over zorg voor suïcidale jongeren en de transitiezorg, is dat men ouders zo sterk mogelijk dient te betrekken (Hovish e.a. 2012; Wasserman e.a. 2012). Uiteraard moet men daarbij rekening houden met de verschillende uitdagingen zoals beschreven in de resultatensectie. De meeste aspecten bevinden zich op het niveau van het behandelproces. Een essentieel onderdeel van goede transitiezorg is om de ouderlijke betrokkenheid tijdens de transitie geleidelijk aan verder in te schatten, eerder dan die bruusk te beëindigen.

Naast betrokkenheid, moeten ouders van suïcidale jongeren geïnformeerd worden over mogelijke alarmsignalen en op welke manier ze gepast hulp kunnen inschakelen (Rudd e.a. 2006; Wintersteen e.a. 2007; Paul e.a. 2015). Daartegenover staat de uitspraak van ouders uit de transitiezorg dat ze over onvoldoende informatie beschikken en niet goed weten welke hulpdiensten beschikbaar zijn (Davis & Butler 2002).

Ook geven richtlijnen over suïcide aan dat ouders psychoeducatie dienen te krijgen om adequaat om te gaan met de suïcidale jongere (Silverman e.a. 2015; Chun e.a. 2016). Ouders hopen tegelijkertijd dat de transitiezorg hen kan helpen beter om te gaan met conflictsituaties en crisismomenten (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Sommige zaken

waar ouders ontevreden over zijn wat betreft de transitiezorg blijken aldus reeds vervat te zitten in de suïciderichtlijnen.

Ouders van suïcidale jongeren en ouders binnen de transitiezorg hebben bovendien zowel emotionele als sociale noden. Op emotioneel gebied spelen er vooral gevoelens van boosheid, machteloosheid en schuld. Ouders hebben het gevoel machteloos te staan tegenover het suïcidale gedrag, en tegenover de transitiezorg wanneer ze onvoldoende bij de zorg betrokken worden (Ferrey e.a. 2016; Lindgren e.a. 2016). Aangezien de reactie van ouders op het suïcidale gedrag invloed kan hebben op nieuw suïcidaal gedrag dient de hulpverlener tegemoet te komen aan deze emotionele noden (Frey & Fulginiti 2017).

Als gevolg van schaamte en stigma verliezen ouders van suïcidale jongeren hun sociale netwerk (Rodríguez-Meirinhos e.a. 2018). Tegelijk geven ouders in de transitiezorg aan dat ze meer tijd willen om hun sociale netwerk te onderhouden.

Hierbij valt op dat ouders sterk bij de zorg betrokken willen worden en hun opvoedkundige rol als ouders willen blijven spelen, maar tevens eigen sociale noden hebben, waarbij ze de zorg voor hun kind graag een korte periode zouden willen afstaan. Verder onderzoek moet duidelijk maken hoe een goede balans te vinden tussen de nodige betrokkenheid en draagkracht van de ouders.

### Implicaties voor de praktijk en onderzoek

Meer samenwerking tussen kinderpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie zou de kloof tussen beide kunnen overbruggen. Hierdoor zou de transitiezorg beter kunnen inspelen op de verschillende ontwikkelingsdomeinen van jongeren (Coppens e.a. 2015). Hierbij dienen de verschillende hulpverleners, betrokken bij deze jongeren in deze leeftijdsgroep, de individuele noden van de jongeren en hun ouders af te wegen tegen het wettelijk kader van de volwassenheid en het beroepsgeheim.

Ouders van suïcidale jongeren hebben vaak het gevoel dat hun kind nog niet klaar is voor de transitie, waardoor ze meer soepelheid wat betreft de transitieleeftijd vragen (Hovish e.a. 2012). Bovendien stemt de hersenontwikkeling bij jongeren ook niet overeen met de leeftijd waarop jongeren wettelijk volwassen zijn (Abidi 2017). Gezien deze bevindingen is het nodig om kritisch na te denken over 'de ideale transitieleeftijd'. Het lijkt aangewezen om de transitie te plannen op basis van de inschatting van zorgvrager en -gever, eerder dan zich te richten op de kalenderleeftijd.

Dit komt ook tot uiting in het concept 'transitiepsychiatrie', reeds bekend in Nederland, dat zich richt op de brede leeftijdscategorie van 16-23-jarigen. In België zal hier wel dra verandering in komen met het opstarten van de leerstoel transitiepsychiatrie met steun van de Koning Boudewijn Stichting.

Hoewel het begrip transitiezorg al enkele decennia bestaat, kan men zich voorlopig enkel baseren op een kleine hoeveelheid studies van lagere kwaliteit met relatief kleine ( $n < 100$ ) studiepopulaties. Tot op heden is het onmogelijk om zich uit te spreken over het effect van goede of slechte transitiezorg op verschillende gezondheidssuitkomsten. Met de 'Milestone'-studie loopt op dit moment voor het eerst een grootschalig longitudinaal onderzoek naar de effecten van verschillende transitietrajecten op het mentale welzijn van jongeren in Europa (Singh e.a. 2017). De toekomst zal uitwijzen of een goede transitie van kinderpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie suïcidale ideatie, suïcidaal gedrag of het aantal zelfdodingen bij jongeren kan reduceren.

### BESLUIT

Ouderparticipatie tijdens de transitiezorg voor suïcidale jongeren wordt door ethische, therapeutische en praktische uitdagingen bemoeilijkt. Hierin kunnen de medisch-juridische kwesties, bijvoorbeeld wat betreft de vaak strikte transitieleeftijd, in contrast staan met wat goede zorg is. Bij de zorg voor jongvolwassenen moeten de ouders, rekening houdend met de groeiende autonomie van de jongere, zo veel mogelijk betrokken worden en moeten behandelaars ouders de kans geven om te zorgen voor hun kind.

Verder dienen zorgverleners ook voldoende aandacht te schenken aan de zorgen en noden van ouders zelf.

Deze literatuurstudie toont aan dat voor jongeren met suïcidaal gedrag, onderzoek naar ouderparticipatie tijdens de transitie noodzakelijk is. Op dit moment kunnen we niet inschatten of de betrokkenheid van ouders in de transitiezorg van suïcidale jongeren zal bijdragen tot een daling van suïcidaal gedrag in deze doelgroep. Eveneens is het onduidelijk welke rol ouders het beste op zich kunnen nemen en in welke mate ze betrokken moeten worden gedurende het transitieproces. In onze literatuurstudie vonden we verschillende raakvlakken tussen de rol van ouders voor suïcidale jongeren en de rol van ouders binnen de transitiezorg, waarbij het zo veel mogelijk betrekken van de ouders bij de zorg voor hun kind centraal staat.

## LITERATUUR

- Abidi S. Paving the way to change for youth at the gap between child and adolescent and adult mental health services. *Can J Psychiatry* 2017; 62: 388-92.
- Aerts S, Dumon E, Van Heeringen K, Portzky G. Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Vlaams Expertisecentrum Suïdepreventie; 2017.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. Evolutie van sterfte door zelfdoding. Brussel; 2016. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2016>
- Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major Depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54: 37-44.e2.
- Barr NG, Longo CJ, Embrett MG, Mulvale GM, Nguyen T, Randall GE. The transition from youth to adult mental health services and the economic impact on youth and their families. *Healthc Manag Forum* 2017; 30: 283-8.
- Bolat N, Kadak T, Eliacik K, Sargin E, Incekas S, Gunes H. Maternal and paternal personality profiles of adolescent suicide attempters. *Psychiatry Res* 2017; 248: 77-82.
- Burgerlijk Wetboek 21 maart 1804, Titel 9, Hoofdstuk 1: Ouderlijk gezag, art. 371-387ter (3 september 1807).
- Burgerlijk Wetboek Boek 7. Nederland: Overheid.nl; 2019. Titel 7, afd. 5: De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, art. 446-7. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2019-02-19,2019>.
- Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *J Adv Nurs* 2014; 70: 823-32.
- Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics* 2016; 138: e20161570.
- Coppens E, Vermet I, Knaeps J, De Clerck M, De Schrijver I, Matot JP, e.a. Adolescent mental health care in Europe: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network. Brussel: EU; 2015.
- Coyne I, Mcnamara N, Healy M, Gower C, Sarkar M, McNicholas F. Adolescents' and parents' views of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; 22: 561-9.
- Davis M, Butler M. Service systems supports during the transition from adolescence to adulthood: Parent perspectives. *Syst Psychosoc Adv Res Cent Publ Present* 2002; 435. [http://escholarship.umassmed.edu/psych\\_cmhsr/435](http://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/435)
- Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemecher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr* 2014; 14: 113.
- Ferrey AE, Hughes ND, Simkin S, Locock L, Stewart A, Kapur N, e.a. The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6: 1-8.
- Frey LM, Fulginiti A. Talking about suicide may not be enough: family reaction as a mediator between disclosure and interpersonal needs. *J Ment Health* 2017; 26: 366-72.
- Goldsmith S, Pellmar T, Kleinman A, Bunney W. Reducing suicide: A national imperative. Washington: The National Academies Press; 2002.
- Hovish K, Weaver T, Weaver T, Islam Z, Paul M. Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom. *Psychiatr Rehabil J* 2012; 35: 251-7.
- Jivanjee P, Kruzich JM, Gordon LJ. The age of uncertainty: Parent perspectives on the transitions of young people with mental health difficulties to adulthood. *J Child Fam Stud* 2009; 18: 435-46.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 359-64.
- King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 181-96.
- Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: Perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PLoS One* 2015; 10: e0127359.
- Lindgren E, Söderberg S, Skär L. Being a parent to a young adult with mental illness in transition to adulthood. *Issues Ment Health Nurs* 2016; 37: 98-105.
- Livesey CMW, Rostain AL. Involving parents/family in treatment during the transition from late adolescence to young adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2017; 26: 199-216.
- Mcnamara N, McNicholas F, Ford T, Paul M, Gavin B, Coyne I, e.a. Transition from child and adolescent to adult mental health services in the Republic of Ireland: An investigation of process and operational practice. *Early Interv Psychiatry* 2014; 8: 291-7.
- Meerdinkveldboom J, Kerkhof A, Rood I. Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren (herziening). Amsterdam: Boom; 2019.
- Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 271-2.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm in over 8s: management and prevention of recurrence. 2011. <https://www.NICE.org.uk/guidance/cg133>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. 2016. <https://www.NICE.org.uk/guidance/ng43>
- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73-85.

- Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 536-40.
- Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015; 20: 436-57.
- Reale L, Bonati M. Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 932-42.
- Reynders A, Aerts S, Emmery K. Help! Mijn kind denkt aan zelfmoord. Kwalitatief onderzoek naar de noden en ervaringen van ouders van een suïcidaal kind en de ontwikkeling van een tool ter ondersteuning van deze ouders. 2018. Brussel: Kenniscentrum Gezinswetenschappen; 2018.
- Rijksoverheid. Zelfdoding bij jeugd tot 23 jaar. 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/21/zelfdoding-bij-jeugd>.
- Rodríguez-Meirinhos A, Antolín-Suárez L, Oliva A. Support needs of families of adolescents with mental illness: a systematic mixed studies review. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32: 152-63.
- Rudd DM, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, e.a. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide Life-Threatening Behav* 2006; 36: 255-62.
- Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016; 138: e20161420.
- Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, Dieleman G, Dodig-Čurković K, Franic T, e.a. The interface between child/ adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27: 1511-2.
- Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, Jacobs DG, Lomax JW, Riba MB, e.a. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. Arlington: APA; 2015.
- Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 386-90.
- Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, e.a. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 305-12.
- Singh SP, Tuomimäen H, Girolamo G de, Maras A, Santosh P, McNicholas F, e.a. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services. *BMJ Open* 2017; 7: e016055.
- Strafwetboek. Beroepsgeheim, artikel 458. [https://www.iec-iab.be/nl/leden/Publicaties/wetten-en-koninklijke-besluiten/Documents/Art\\_458\\_Sw.pdf](https://www.iec-iab.be/nl/leden/Publicaties/wetten-en-koninklijke-besluiten/Documents/Art_458_Sw.pdf)
- Teevale T, Lee AC-L, Tiatia-Seath J, Clark TC, Denny S, Bullen P, e.a. Risk and protective factors for suicidal behaviors among Pacific youth in New Zealand. *Crisis* 2016; 37: 335-46.
- Vanclooster S, Vanderhaegen J, Bruffaerts R, Hermans K, Audenhove C Van. Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Leuven: LUCAS; 2013.
- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, e.a. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 129-41.
- Wintersteen MB, Diamond GS, Fein JA. Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Curr Opin Pediatr* 2007; 19: 398-404.

## SUMMARY

# Parents of suicidal young persons and transitional psychiatry: therapeutic and ethical challenges

M. SABBE, G. HENDRICKX, E. VANLINTHOUT, S. TREMMERY

- BACKGROUND** Young people aged 15-25 with mental health problems often experience discontinuity of care during the transition from child to adult mental health services. Furthermore, suicide is one of the most common causes of death in this age category. Although it is known that parents are important in the care process of suicidal youth, parental participation faces various challenges.
- AIM** To investigate the ethical, therapeutic and practical aspects regarding parents of a suicidal young person during the mental health care transition.
- METHOD** A literature search in the most important literature databases.
- RESULTS** We found no studies that specifically examined the role of parents of suicidal youth during the transition. However, there is enough scientific evidence suggesting that including parents during treatment of suicidal young persons has a positive effect on outcome and quality of life. Regarding transition, parents are also important. Nevertheless, several bottlenecks impede their involvement.
- CONCLUSION** Parental participation during transitional care is hampered by ethical, therapeutic and practical issues. Taking these into account, parents should be involved as much as possible in the care for their child. Furthermore, sufficient attention must be paid to the concerns and needs of the parents themselves.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 274-282

**KEY WORDS** parents, suicide, transition, young persons