

Behandeling van suïcidaliteit bij jongeren

J.W. Meerdinkveldboom · A.J.F.M. Kerkhof

Published online: 9 November 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Samenvatting Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek behoren tot de basisvaardigheden van artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten. De behandeling van een jongere met suïcidaal gedrag hoort thuis in de GGZ.

Trefwoorden Richtlijn · Suïcidaliteit · Behandeling

Eerste aanpak

Wanneer jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen of andere hulpverleners contact hebben met een suïcidale jongere moeten zij met spoed verwijzen naar de Jeugd-GGZ. De *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* geeft aanwijzingen voor het zorgvuldig handelen bij patiënten met suïcidaal gedrag [1].

Suïcidaliteit bij jongeren moet men altijd serieus nemen, ook als de aanleiding niet belangrijk lijkt in de ogen van volwassenen. Ook al lijkt een suïcidedreiging sterk interpersoonlijk gemotiveerd en op hulp georiënteerd, de suïcidale jongere geeft vaak tegelijkertijd aan dat hij nare emoties niet langer kan verdragen en door dood te gaan hiervan verlost wil worden. Dit noemen we ambivalentie. Contact maken met de jongere gaat het best door expliciet in te gaan op de gedachten en plannen voor suïcide, op de belangrijkste aanleiding(en) en vooral op de wanhoop die tot suïcidedachten leidt.

Zo spoedig mogelijk moeten ouders/opvoeders ingelicht en worden betrokken bij de behandeling, ook al vraagt de adolescent om geheimhouding. In crisissituaties is het niet mogelijk, ethisch onhoudbaar en juridisch onnodig, een belofte van geheimhouding na te komen.

J.W. Meerdinkveldboom (✉)
Driebergen-Rijsenburg, Nederland
jan@mdvb.demon.nl

A.J.F.M. Kerkhof
Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit,
Amsterdam, Nederland

Betrokkenheid van ouders

Met de ouders/opvoeders moet men dwingende afspraken maken over de veiligheid van de adolescent zoals de aanwezigheid van ouder(s), het toezicht, de bewaking bij toeneemende onveiligheid en de afspraken met de hulpverlening. Hierin wordt de draagkracht van de ouders meegenomen.

De hulpverlener vraagt de ouders in het bijzijn van hun kind naar hun inzichten in en verklaringen voor het suïcidale gedrag van zoon of dochter. Ook vraagt men de adolescent naar de achtergronden, intenties en motieven van het suïcidale gedrag, liefst eveneens in het bijzijn van de ouders. Ook vraagt men naar suïcidaal gedrag in de familiekring, familieconflicten en levensgebeurtenissen.

Behandeling

De behandeling bestaat ten minste uit enkele gezinsgesprekken en zo nodig uit gezinsbehandeling. De individuele behandeling richt zich op de suïcidaliteit zelf en op de vaak aanwezige depressiviteit. Daarbij kan antidepressieve medicatie noodzakelijk zijn.

Een psychiatrische opname is te overwegen als de adolescent elk contact afweert en niet bereid of in staat is afspraken te maken over de eigen veiligheid. Wanneer bij een persisterende doodswens geen ambivalentie valt waar te nemen en relaties met anderen niet meer als betekenisvol worden ervaren, is opname, vrijwillig of gedwongen, geïndiceerd. Opname kan ook nodig zijn als de ouders onvoldoende in staat zijn in de thuissituatie de nodige veiligheid te garanderen en niet over een alternatieve mogelijkheid beschikken.

J.W. Meerdinkveldboom, voorheen werkzaam als kinder- en jeugdpsychiater/psychotherapeut. A.J.F.M. Kerkhof, hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie

Literatuur

1. Hemert B van, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.