

Psychosociale en psychiatrische factoren bij suïcidale jongeren

J.W. Meerdinkveldboom

Published online: 5 November 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Samenvatting Suïcidaal gedrag wordt veroorzaakt door een complex van factoren van biologische, psychologische en sociale aard. Kennis van deze factoren geeft richting aan de evaluatie van de suïcidale jongere. Het maakt het gemakkelijker om in een (eerste) gesprek empathisch te reageren op hetgeen de jongere vertelt. Een dergelijk gesprek kan plaatsvinden bij de huisarts, in de Jeugd-GGZ of in de GGZ.

Trefwoorden Risicofactoren · Suïcidaliteit

Inleiding

In de *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van suïcidaal gedrag* worden de factoren beschreven die bij suïcidale jongeren een rol kunnen spelen [1]. In dit artikel wordt hiervan een overzicht gegeven.

Levensloop

De levensloop van de suïcidale jongere wordt veelal gekenmerkt door perioden van onrust, zoals echtscheiding, verhuizingen of wisseling van school. Langdurende sociale contacten zijn daardoor moeilijker tot stand gekomen. Bovendien zijn nogal eens ervaringen opgedaan met verlatingen, waardoor vertrouwensrelaties, met name binnen het gezin, moeilijker tot stand kwamen.

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

Sociale contacten

De sociale contacten zijn veelal met lotgenoten die geen moeilijke persoonlijke vragen stellen en bij wie zij zich veilig voelen. Daarbij spelen alcohol en drugs, met name wietgebruik, vaak een rol.

Persoonlijkheidsontwikkeling

De persoonlijkheidsontwikkeling wordt gekenmerkt door emotionele geslotenheid. De frustratietolerantie is over het algemeen matig, evenals de emotionele vaardigheden. Bij moeilijke situaties zijn zij geneigd zich terug te trekken en niets te laten weten of te laten merken. Het zelfbeeld is negatief: "ik doe toch nooit iets goed". Naar de buitenwereld tonen zij een schijnautonomie en claimen zij dat ze zelf in staat zijn hun problemen op te lossen.

Gezinnen

In de gezinnen worden vaak, zowel door de ouders als door de jongere, interacties gezien die als negatief worden beleefd. Er vindt weinig uitwisseling plaats en de ouders weten niet altijd waar hun kind is en hoe het met hem of haar gesteld is. In de loop der jaren is de intensiteit van het contact verminderd, wat door de jongere wordt ervaren als gebrek aan betrokkenheid van de ouders. Die zijn vaak op hun beurt onzeker over hun rol: wat mogen ze eisen van hun kind en waarmee mogen ze zich bemoeien? In een deel van de gevallen blijken ouders daarbij gehinderd te worden door eigen problematiek, zoals een persoonlijkheidsstoornis, verslaving of een laag cognitief niveau.

Bij het onderzoek van het gezin wordt gevraagd naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen. Eerdere suïcides in de familie vormen een risicofactor. Ook wor-

dende cognities van familieleden betreffende suïcidaliteit geïnventariseerd.

Psychiatrische problematiek

Bij de psychiatrische problematiek die vaak een rol speelt, staan de stemmingsstoornissen voorop. Daarbij is van depressief ziek zijn meestal geen sprake, wel van soms langdurige somberheid. De ervaren depressiviteit gaat vaak gepaard met piekeren en slecht slapen. Angsten, bijvoorbeeld dat hun leven nooit beter zal worden, kunnen deze gemoedstoestand versterken en in stand houden. Als naast de depressiviteit sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, al of niet in ontwikkeling, wordt de stemming nog meer gedrukt. Afwijzingen door anderen worden sterker beleefd en impulsief gedrag vergroot de kans op een suïcide. Ook angststoornissen kunnen een rol spelen. Paniek kan impulsief gedrag teweegbrengen. Sterke angsten, waarbij de jongere geen houvast meer ervaart en dreigt te desintegreren, brengen gevoelens van machteloosheid en wanhoop mee. Bij psychotische stoornissen worden regelmatig stemmen gerapporteerd die opdrachten geven er een eind aan te maken. Deze stemmen worden als echt ervaren, waarbij het dan niet mogelijk is zich aan het vaak dwingende karakter ervan te onttrekken. Daarnaast kan een psychose het contact met de hulpverlener ernstig bemoeilijken, omdat het realiteitsbesef verminderd of verdwenen is.

Eetstoornissen, met name anorexia nervosa, hebben vaak een slechte prognose. Als geen herstel plaatsvindt, daalt de stemming van de jongere en neemt piekeren over doodgaan toe. Daarnaast stopt een jongere soms met de behandeling om langzaam te gaan overlijden aan de gevolgen van deze ziekte. Dan is sprake van een langdurende, passieve vorm van suïcide plegen.

Bij ADHD wordt de ontwikkeling vaak bemoeilijkt, waardoor een jongere negatief over zichzelf en zijn mogelijkheden gaat denken. Sociaal moeilijk aansluiting kunnen vinden en veel conflicten met gezagsdragers, kunnen een isolement opleveren waaruit ontsnappen als onmogelijk wordt gezien. Impulsiviteit is daarbij een risicoverhogende factor. Bij ASS bestaat vaak een sociaal isolement als gevolg van het geringe vermogen om contacten aan te gaan en te onderhouden. Ook de rigide manier van denken maakt dit moeilijker, evenals angsten in situaties waarin aangepast gedrag en sociale vaardigheden vereist zijn. Wanneer deze angsten hevig zijn, kunnen ze, vergelijkbaar met een psychose, het realiteitsbesef sterk verminderen en het gedrag gaan overheersen.

Als door een jongere regelmatig alcohol en drugs worden gebruikt of misbruikt, kan eveneens een sociaal isolement optreden. Bovendien leidt dit gedrag vaak tot conflicten met de directe omgeving en onderpresteren op school. Frustraties die daarbij optreden worden vervolgens weer bestreden met dezelfde middelen. Dan wordt de klemsituatie moeilijker om uit te ontsnappen en bestaat een kans op suïcidaal gedrag waarbij middelen makkelijk beschikbaar zijn.

Hulpverleningscontact

In het hulpverleningscontact valt op dat de suïcidale jongere geneigd is zwart-wit te denken over zijn situatie, niet (meer) in staat is mogelijkheden voor een beter leven te zien en dat diens wanhoop groot is. Veelal piekert de jongere al lang over zijn of haar situatie en over de mogelijkheden om, door zelfmoord te plegen, verlost te worden van de problemen. Het obsessief piekeren kan dan zoveel kwelling teweegbrengen dat men daar aan wil ontsnappen. Helemaal stoppen met denken is dan een uitkomst. Hulp zoeken doet de suïcidale jongere niet makkelijk, men vertrouwt anderen niet gauw, laat staan dat die een oplossing kunnen bieden. De geslotenheid wordt versterkt door het besef dat men het leven niet aankan. Dat verdraagt de jongere niet en hij beleeft dit als een krenking.

Voor zover de jongere bezig is met zijn directe omgeving is hij ervan overtuigd dat hij anderen alleen maar tot last is. Het perspectief van de jongere is verdwenen en tegelijk is hij niet in staat dat in te zien. Het besef er helemaal alleen voor te staan, of dit nu wel of niet strookt met de realiteit, is meestal sterk.

Diagnostische beschouwing

Als alle factoren grondig onderzocht en in kaart gebracht zijn, en ook de aanleiding voor het suïcidale gedrag begrepen is, dient een beschrijvende diagnose gesteld te worden. Daarin worden de factoren gerangschikt in samenhang met het suïcidale gedrag in de actuele situatie. Dit leidt tot een beschrijving waarin de kwetsbaarheden genoemd worden, te weten de erfelijke en biochemische factoren, de persoonlijkheidskenmerken, de levensovertuiging en het maatschappelijk steunsysteem. Deze kwetsbaarheden komen onder druk te staan van stressfactoren, waaronder de psychiatrische klachten en symptomen, de actuele aanleidingen (waaronder verlieservaringen een belangrijke rol spelen), de psychosociale factoren en de kwaliteit van de coping. Dit samenspel van invloeden vormt de opmaat voor het gevoel klem te zitten en geen uitzicht meer te hebben op goede perspectieven.

Deze uitgebreide diagnostische beschouwing vormt de basis voor de benodigde ondersteuning en behandeling die meestal zal plaatsvinden binnen de GGZ.

J.W. Meerdinkveldboom is jeugdpsychiater en psychotherapeut/systeemtherapeut. Hij was lid van de werkgroep die de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag heeft geschreven, en wel ten behoeve van de hoofdstukken betreffende de jeugd.

Literatuur

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