

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Een systeemtherapeutische benadering bij suïcidaal gedrag van jongeren uit autochtone en niet-westerse allochtone gezinnen

Ineke Rood & Jan Meerdinkveldboom

Samenvatting

Het betrekken van ouders en systeemtherapie bij suïcidale jongeren is van grote betekenis voor zowel de diagnostiek van het suïcidale gedrag als voor het realiseren van de benodigde veiligheid. Maar belangrijker nog is het herstel van gezinsrelaties, als de jongere deze niet meer zo belangrijk vindt dat ze reden zijn om te willen blijven leven. In de gezinsgesprekken biedt circulair vragen stellen een grote meerwaarde bij het bespreekbaar maken van de onderlinge betrekkingen. Non-verbale methoden helpen daar waar openlijk praten over de relaties niet of nog niet mogelijk is.

In dit artikel wordt uiteengezet op welke wijze autochtone en niet-westerse allochtone jongeren en hun gezinnen het beste bejegend en behandeld kunnen worden bij suïcidaal gedrag van een jongere. Tevens wordt beschreven waarom systeemtherapie daarbij noodzakelijk is. De multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling voor suïcidaal gedrag is daarbij leidend (Van Hemert et al., 2012). De doelgroep waarop we ons in dit artikel richten is die van adolescenten van 12 tot 24 jaar. We bespreken hoe vaak suïcide voorkomt en welke individuele en gezinsfactoren een rol kunnen spelen bij suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag gaat gepaard met ernstig psychisch lijden, met de wanhoop er niet meer uit te komen en een sterk gevoel van isolement. Door systeemdiagnostiek en gezinsgesprekken kunnen percepties onderzocht worden en kan ervaren worden dat de relaties met de belangrijkste anderen, ouders, broers en zussen, nog wel degelijk betekenis hebben. Verbindingen kunnen daarbij opnieuw beoordeeld worden of, als dit nodig is, hersteld. In dit artikel leggen we de nadruk op het belang van het stellen van

circulaire vragen bij systeemdiagnostiek, in vervolcontacten en bij behandeling, zonder de noodzaak van een lineaire gespreksvoering over de individuele aspecten van de suïcidaliteit te negeren.

Wat verstaan we onder suïcidaal gedrag?

Onder suïcidaal gedrag verstaan we het geheel aan gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaal gedrag is daarmee een aanduiding van een algehele – tijdelijke of meer permanente – geneigdheid van de jongere in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of handelingen te reageren op emotionele problemen.

Van Orden en collega's (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby & Joiner, 2010) en Joiner (2007) wijzen op bevindingen die bij empirisch onderzoek van suïcidale jongeren sterk naar voren zijn gekomen. De ene is dat de jongere zich niet meer in staat voelt erbij te horen, de zogeheten *thwarted belongingness*. De andere factor is het beeld dat de jongere heeft dat hij anderen tot last is: *percieved burdensomeness*.

Cijfers

Tot voor kort waren de jaarlijkse cijfers over suïcides van jongeren betrekkelijk stabiel: voor de leeftijd tot en met 19 jaar gemiddeld 12 suïcides van meisjes en 34 suïcides van jongens, gemiddeld 46 suïcides per jaar (CBS 2015). Rekening houdend 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 suïcide om het leven kwamen: 22 respectievelijk 24. In 2013 en 2014 kwamen in totaal respectievelijk 58 en 55 jongens en meisjes door suïcide om het leven, meer dan ooit.

Bij de jongeren van 20-25 jaar zien we een daling sinds 1985. Schommelde het aantal suïcides in deze leeftijdscategorie eerst tussen de 100 en de 120 per jaar, de laatste jaren varieerde dat van 60 tot 80 suïcides per jaar. Deze daling is echter minder sterk dan ze lijkt omdat het aantal jongeren in deze leeftijdsklassen ook afnam (tot 2005). Vanaf 2008 zien we weer een lichte stijging van de suïcides, vooral bij de mannen.

Suïcidepogingen onder adolescenten komen ongeveer vijftientig maal zo vaak voor als overlijden aan suïcide. Naar schatting zijn er per jaar 3000 suïcidepogingen van jongeren van 15-24 jaar die medisch behandeld worden in het ziekenhuis of door de huisarts. Ongeveer 2000 maal

leidt dit tot een ziekenhuisopname. De pogingen waarbij geen medische hulp gezocht wordt, blijven buiten de statistieken en het aantal daarvan is dus niet bekend. Bij de pogingen is de verdeling over de seksen geheel omgedraaid vergeleken bij de overlijdens: het betreft drie maal zo veel meisjes en jonge vrouwen als jongens en jonge mannen (Kerkhof, Mulder & Draisma, 2007). Ongeveer 4% van de adolescenten heeft ooit een medisch zichtbare suïcidepoging ondernomen (Wasserman et al., 2015). Vooral de cijfers onder meisjes en jonge vrouwen van wie de ouders afkomstig zijn uit Turkije, Marokko en Suriname vallen op. Waar eerder Hindoestaanse meisjes en jonge vrouwen de hoogste incidentie kenden, is die nu te vinden onder Turkse meisjes en jonge vrouwen.

Risicofactoren die suïcidaal gedrag bij jongeren versterken of mede veroorzaken

Hieronder geven we een overzicht van factoren die in verband te brengen zijn met suïcidaal gedrag. Let wel, er is nooit een enkele aanleiding aan te wijzen. Het zijn factoren die gezamenlijk en in interactie met elkaar suïcidaal gedrag mogelijk maken en versterken. Een uitvoerig overzicht van de betreffende literatuur is te vinden in de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012).

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

Sociale contacten zijn er veeleer met lotgenoten die geen moeilijke persoonlijke vragen stellen en bij wie de jongere zich veilig voelt. Daarbij spelen alcohol en drugs vaak een rol, vooral wietgebruik.

De persoonlijkheidsontwikkeling wordt gekenmerkt door emotionele geslotenheid. De frustratietolerantie is over het algemeen matig, evenals de emotionele vaardigheden. Zich passend uiten gaat suïcidale jongeren slecht af. Bij problemen of moeilijke situaties zijn zij geneigd zich terug te trekken en niets te laten weten of merken. Hun zelfbeeld is negatief: 'Ik doe toch nooit iets goed.' Naar de buitenwereld tonen zij desalniettemin een schijnautonomie en claimen zij dat ze zelf voldoende goed in staat zijn hun problemen op te lossen.

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 wordt soms geconstateerd dat wanneer een jongere stopt met de behandeling, dit gedaan wordt om langzaam te gaan overlijden aan de gevolgen van de ziekte. Dan is sprake van een langdurende, passieve vorm van suïcide plegen.

Ook ontwikkelingsstoornissen als attention deficit hyperactivity disorder (adhd) en autismspectrumstoornis (ass) kunnen een rol spelen bij suïcidaal gedrag. 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 een jongere regelmatig alcohol en drugs gebruikt, kan eveneens een sociaal isolement het gevolg zijn.

Belangrijke beschermende factoren tegen suïcidaal gedrag zijn flexibiliteit, impulscontrole en het reguleren en bespreken van eigen gevoelens. Maar vooral een hecht netwerk van relaties, ouders, broers en zussen, familie, vrienden en vriendinnen en het luisterende oor van een hulpverlener zijn belangrijke beschermende factoren. Vooral dit laatste

blijkt een aandachtspunt omdat uit onderzoek blijkt dat cliënten na een suïcidepoging nog al eens rapporteren dat ze zich onvoldoende gehoord en gezien voelden door hun hulpverlener.

Wat valt op bij jongeren met suïcidaal gedrag?

Jongeren met serieuze moeilijkheden vertonen in het algemeen de volgende kenmerken (Haley, 1980).

- ▶ Ze hebben onvoldoende goede competenties ontwikkeld die passend zijn bij hun leeftijd, met name op het gebied van sociaal-emotionele vaardigheden en het dragen van bij hun leeftijd behorende verantwoordelijkheden.
- ▶ Ze vertonen vaak een pseudo-autonomie: ze presenteren zich als meer zelfstandig en onafhankelijk dan ze in de praktijk waarmaken.
- ▶ Ze hebben moeite met situaties waarbij zij gezag moeten aanvaarden.
- ▶ Ze kunnen volwassenen niet makkelijk op voorhand vertrouwen.

In veel gevallen zien we deze kenmerken ook terug bij suïcidale jongeren. En gaan we bij jongeren aan die kenmerken voorbij, dan worden ze als te volwassen gezien en dus overvraagd. Het aandeel in de hulp dat van hun kant moet komen, zoals het maken en nakomen van afspraken over veiligheid of het regelmatig innemen van medicatie, is dan onvoldoende gewaarborgd en niet betrouwbaar genoeg.

De risicotaxatie is een onderdeel van de individuele diagnostiek in brede zin. De taxatie bepaalt welke maatregelen op het gebied van de veiligheid nodig zijn. Deze taxatie geeft richting aan de eerste maatregelen, los van de hulp en behandelingen die nodig worden geacht wanneer de gehele integrale diagnostiek gebeurd is. Dit kan het best gedaan worden door een (jeugd-) psychiater of een klinisch psycholoog die ervaring heeft met jongeren en getraind is in de problematiek (Meerdinkveldboom, Rood & Kerkhof, in druk). Omdat voor een goede beoordeling de informatie die ouders kunnen geven erg helpend is, wordt dit onderdeel besproken bij de paragrafen over het gezin.

Jongeren in de adolescentiefase, gezinnen in transitie

In de adolescentiefase waarin een kind zich ontwikkelt tot een jonge volwassene, vinden ingrijpende processen plaats. De ontwikkelingsstaken worden in onderstaand beeld weergegeven.



Afb. 1. Ontwikkelingstaken in de adolescentie

De adolescentiefase is de grootste overgang in het leven, waarin veel veranderingen optreden, weinig stabiliteit bestaat en er dus in principe ook veel moeilijk of fout kan verlopen. In deze fase zijn jongeren daardoor extra gevoelig en kwetsbaar. Competenties die niet goed ontwikkeld zijn worden nu op de proef gesteld, en kunnen tegenvallen. Zodoende kunnen betrekkelijk kleine tegenslagen een jongere fors ontregelen. Parallel daaraan zijn ook niet alle gezinnen in de tegenwoordige tijd bakens van rust en evenwicht, gelet op de vele verschillende gezinsvormen en de vaker voorkomende echtscheidingen. Niet-westerse allochtone jongeren moeten zich ook nog eens verhouden tot twee verschillende culturen: die van de westerse samenleving en die van hun land van oorsprong. Daardoor is het proces van individueren en separeren in een westerse context voor veel van deze jongeren een extra ingewikkelde ontwikkelingstaak en een moeilijker levensfaseovergang.

De adolescentiefase van de kinderen is eveneens een grote overgang voor het gezin. De ouders maken evenals de kinderen een transitie door. De zorgtaken in engere zin worden minder, evenals het opvoeden waar het betreft het aangeven van wat kinderen mogen en moeten. De ouders moeten zich gaan oriënteren op de periode dat de kinderen uit huis gaan, waarbij ze meer op elkaar aangewezen zullen zijn.

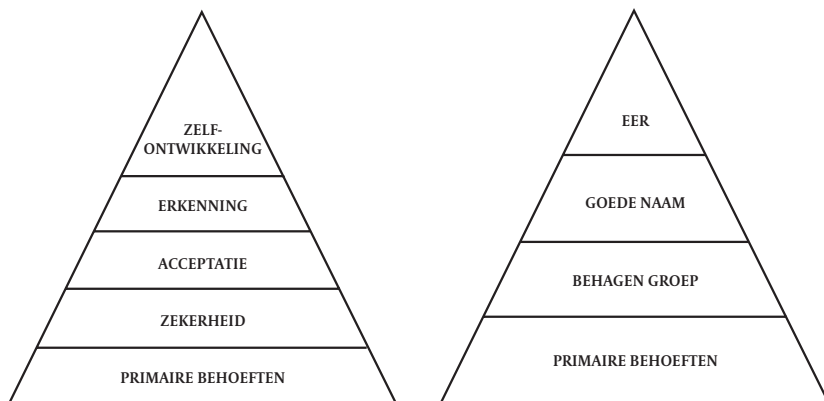
Het is belangrijk te onderzoeken hoe stressfactoren en suïcidaal gedrag van jongeren in het gezin samenhangen met de wijze waarop in een gezin wordt samengeleefd en met eventuele veranderingen die door de tijd heen hebben plaatsgevonden. Want elk gezin kent een eigen organisatie

en heeft een eigen cultuur en manier van spreken en omgaan met elkaar.

Daarnaast spelen cultuurspecifieke factoren een belangrijke rol. In het werken met allochtone gezinnen spelen altijd migratiethema's. Ook kan het zijn dat zo'n gezin ervaring heeft met discriminatie, racisme en uitsluiting en dat dit van invloed is op het gevoel van eigenwaarde van de familie.

Een niet-westerse gezin verschilt in een aantal opzichten van een westerse gezin en juist in deze verschillen zitten ook de risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Het gaat daarbij om cultuurspecifieke achtergronden. Als je westerse ouders vraagt wat hun hoogste doel is in het leven, dan zullen ze in het algemeen antwoorden dat ze heel graag willen dat hun kinderen gelukkig zijn en zich ontwikkelen tot zelfstandige, autonome mensen. Hier spreekt een geïndividualiseerd ideaal en als dat niet waargemaakt kan worden speelt er doorgaans schuld omdat het hun niet is gelukt het kind gelukkig te maken.

Niet-westerse ouders zullen als hoogste doel hebben dat hun kinderen de familie niet beschamen, zich voegen naar de waarden en normen van hun religie en de eer voor de familie hoog houden. Ze verwachten van hun kinderen dat ze trouw zullen blijven aan de eigen culturele waarden, normen en zeden, ondanks dat ze opgroeien in een andere samenleving. Is het voor de ouders al lastig om met hun eigen culturele achtergrond hun weg in de westerse maatschappij te vinden, voor hun kinderen is dat niet makkelijker. Dat hangt ook samen met de wens van de ouders dat hun kinderen profiteren van die westerse mogelijkheden, die er veelal niet of niet zo goed waren in het land van herkomst. Vooral het volgen van onderwijs is een belangrijk en groot goed. Een diploma geldt als een ticket naar een goed leven in het gastland en werkt tevens als een hypotheek voor een veilige oude dag voor de ouders of grootouders. De culturele tegenstellingen staan samengevat in afbeelding 2.



Afb. 2. Culturele tegenstellingen westerse en niet-westerse gezinnen

De hulp aan suïcidale jongeren en hun gezin

Veel suïcidale jongeren reageren afhoudend als je ze vraagt hun ouders mee te nemen naar de hulpverlening. De contacten met de ouders zijn nogal eens afstandelijk (geworden) en het vertrouwen in hen is minder dan gewenst. Dus waarom moeten de ouders dan zo nodig betrokken worden? (zie ook Meerdinkveldboom, 2015)

In de eerste plaats omdat ouders een zorgplicht hebben. Maar belangrijker is nog dat ze een moreel gezag kunnen laten gelden waar de hulpverlener dat niet kan. Dat wil niet zeggen dat de jongere zich daar gemakkelijk aan onderwerpt, maar dit gezag is er wel. Daarnaast zijn zij de belangrijkste informanten over de jongere. En, in dit kader van essentieel belang: ze kunnen thuis veiligheid bieden, al dan niet met onze steun en adviezen. Dus juist in een situatie die van het grootste belang is, zijn zij hard nodig.

Vergeet ook niet dat bij een deel van de jongeren uit onze doelgroep de onderlinge gezinsrelaties verstoord zijn geraakt. Dat komt nu door het suïcidale gedrag aan het licht, wat het mogelijk maakt daar grondig aandacht aan te besteden, zodat de uitgangsposities in het gezin na de hulp beter zijn en suïcidaal gedrag voorkomen kan worden als dat weer zou optreden. Jongeren met suïcidaal gedrag hebben meerdere redenen om hun isolement niet te doorbreken. Elders in dit artikel wordt beschreven hoe de jongere door middel van circulaire vragen gaat meedenken over de voor- en nadelen van het betrekken van ouders bij het onderzoek en de behandeling van suïcidaal gedrag.

Juridische aspecten kunnen verwarring geven. Hoewel jongeren met 18 jaar meerderjarig worden en al eerder, namelijk met 16 jaar, volgens de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst autonome beslissingen mogen nemen over hun behandeling, kan het overgrote gedeelte van de groep tussen de 16 en 24 jaar nog niet als volwassen worden beschouwd. Dat heeft onder meer te maken met de hersenrijping, die pas rond de 22 à 24 jaar 'voorlopig' klaar is, en ook met psychosociale factoren. De eisen die de maatschappij stelt aan volwassen gedrag zijn de laatste decennia toegenomen. Zo wordt er langer verplicht en vrijwillig onderwijs genoten, gaan jongeren pas op latere leeftijd dan vroeger geld verdienen, vertrekken zij gemiddeld later uit huis en duurt hun afhankelijkheid van de ouders dus langer. Dit laatste betekent voor de ouders dat hun zorgplicht, zowel materieel als emotioneel, langer duurt, ook al is hun kind boven de 18 jaar. Gezien deze betrokkenheid is een primair systeemgerichte benadering dus logisch.

De multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling voor suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012) is steeds het uitgangspunt zowel voor de diagnostiek als voor de behandeling. Alle hulpverleners die

regelmatig met de problematiek te maken krijgen, worden geacht deze richtlijn te kennen. Deze beschrijft de uitgangspunten en adviezen voor de behandeling van suïcidaliteit bij volwassenen en ook bij jongeren. Hieronder volgen de zes essentiële elementen.

1. Contact maken
2. Het betrekken van naasten bij diagnostiek en behandeling (doorgaans zijn dit bij jongeren de ouders of het gezin)
3. Systematisch onderzoeken van de suïcidaliteit
4. De suïcidaliteit als behandelfocus hanteren
5. Veiligheid creëren en continuïteit van zorg bieden
6. Behandeling van depressie en hopeloosheid

Dit artikel besteedt specifiek aandacht aan het betrekken van de naasten en de mogelijkheden die dat biedt.

Suïcidaal gedrag in de context van het gezinssysteem

Als een jongere met suïcidaal gedrag wordt aangemeld, is er vaak niet alleen sprake van hulpeloosheid en wanhoop bij de jongere, maar meestal ook bij het omringende sociale systeem, de ouders voorop. Waar de jongere geen of nauwelijks perspectief ziet op een gewenste toekomst, kunnen ook familieleden ten einde raad zijn. De hulpverlener moet bij deze wanhoop stilstaan. Suïcidaal gedrag kan ouders en gezinsleden radeloos maken. Je wilt je kind, je broer of zus niet verliezen, maar weet ook niet meer hoe je hem of haar kunt beïnvloeden of steunen. Je weet niet meer wat goed is voor de jongere, die dat zelf ook niet meer weet. Die weet alleen dat hij weg wil bij de suïcidale gedachten en weer een gewoon mens wil zijn. Een dergelijke situatie heeft een grote invloed op alle gezinsrelaties, want als alle zorg naar deze broer of zus uitgaat, passen de andere kinderen zich meestal aan.

In de gezinnen waar suïcidaal gedrag speelt, wordt zowel door de ouders als door de jongere vaker gerapporteerd dat de interacties tussen hen van beide kanten als negatief worden beleefd. Ouders weten ook lang niet altijd waar hun kind uithangt. Ook blijkt dat de intensiteit van de contact in de loop der jaren verminderd is, wat de jongere ervaart als gebrek aan betrokkenheid van de kant van de ouders. Echter, ouders weten vaak zelf niet meer hoe ze in dergelijke situaties met hun kinderen om moeten gaan. Ze zijn vaak onzeker over hun rol: wat mogen ze eisen van hun kind en waarmee mogen ze zich bemoeien? Moeten ze er wel of niet met de andere kinderen over praten?

Niets is meer gewoon en alles komt onder een vergrootglas te liggen, waarbij de ouders vaak ook terugkijken op de opvoeding en de ontwikkeling van hun kind. Ze worden daarbij geconfronteerd met zichzelf en vragen zich af of en hoe ze van invloed zijn geweest op het gedrag van hun kind. Soms beseffen ze dat een te grote bezorgdheid of te weinig betrokkenheid mogelijk mede heeft geleid tot een blokkade in het contact met hun kind. In een deel van de gevallen blijken ouders daarbij gehinderd te worden door eigen problematiek. Daarbij moet gedacht worden aan omstandigheden in gezinnen waarin de opvoedtaken onvoldoende kunnen worden uitgevoerd en waarbij schaamte en schuldgevoelens een grote rol spelen. Zo kan de balans in het gezin verstoord zijn geraakt door langdurige overbelasting bij een psychiatrische stoornis, of na een psychiatrische opname van een ouder, na een scheiding of als het gezin zich opnieuw moet samenstellen met een nieuwe partner en eventueel diens gezin, of door andere ingrijpende levensgebeurtenissen.

Bij het onderzoek van het gezin wordt altijd gevraagd naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen en naar eerdere suïcides of suïcidaal gedrag in de familie. Als die er geweest zijn, vormen zij een risicofactor. Ook worden de cognities van familieleden betreffende suïcidaliteit geïnventariseerd: sommige ouders vinden het tot de autonomie van hun kind behoren als deze een eind aan zijn leven wil maken.

De eerder genoemde risicotaxatie kan het beste plaatsvinden tijdens het gezinsgesprek, al was het maar omdat ouders noodzakelijke aanvullende informatie over hun kind kunnen verstrekken. Bij deze taxatie wordt vastgesteld in welk stadium de ontwikkeling van de suïcidaliteit zich bevindt. Er worden daarbij vier stadia onderscheiden.

In stadium 1 zijn er niet meer dan vluchtige ideeën over suïcide plegen, zonder dat een doodswens bestaat. Die komt er wel in stadium 2 bij, de ideeën zijn nu stukken concreter, maar het blijft bij denken over deze optie. In stadium 3 worden concrete plannen gemaakt, voorbereidingen getroffen en slaat de ambivalentie door naar de kant van suïcide plegen. In stadium 4 staat het voor de jongere vast dat hij het zal gaan doen en is de uitvoering ervan gepland en goed voorbereid. De ambivalentie is dan niet meer aanwezig: het besluit is genomen. Een uitgebreidere beschrijving is te vinden in Meerdinkveldboom, Rood en Kerkhof (in druk).

Onafhankelijk van de risicotaxatie, die bepalend is voor de behandel-mogelijkheden op dat moment, kan het gesprek met het gezin gevoerd worden over wat er nu voor heeft gezorgd dat de jongere suïcidaal is geworden. En welke factoren of kenmerken dan ook een rol spelen. Het is belangrijk dat ook de betrokkenen weten dat er doorgaans nooit een enkele oorzaak gevonden wordt voor suïcidaal gedrag, maar dat het vaak

om een combinatie van factoren gaat waardoor een jongere ernstig vastloopt.

Jaap en het opnieuw samengestelde gezin

Jaap (18) was na de scheiding bij zijn vader en diens nieuwe partner gaan wonen. Hij wilde als oudste zoon zijn vader niet in de steek laten. Zijn 15-jarige broer en 12-jarige zus waren met moeder meegegaan en ze woonden in bij de nieuwe partner van moeder. Er werd een kind geboren uit deze relatie van hun moeder en dit nieuwe gezin leek zich goed te ontwikkelen, totdat Jaap een suïcidepoging deed.

Deze casus laat zien welke invloed veranderende gezinsomstandigheden kunnen hebben, natuurlijk steeds in combinatie met andere factoren.

De noodzaak van systeemdiagnostiek is evident, want het terugtrekken uit het contact vanuit het idee van de jongere dat deze er beter niet meer kan zijn, is een belangrijk kenmerk van suïcidaal gedrag. Vaak zijn de onderlinge betrekkingen met ouders en de overige gezinsleden gespannen en kunnen deze niet goed besproken worden. De verbindingen met deze belangrijke anderen worden niet meer gevoeld, zijn verbroken of minimaal aanwezig. Als er sprake is van suïcidaal gedrag en verlies van betekenis voor anderen, dan moet de tijd stilgezet gezet worden. Dan moet er gezocht worden naar wat dit in het heden betekent voor de jongere, diens ouders en andere gezinsleden of betrokkenen. Dan moet vooral onderzocht worden hoe er nieuwe betekenissen kunnen worden gevonden die het leven van allen weer leefbaar kunnen maken en die perspectief bieden.

Systemische diagnostiek met ouders en het gezin is een belangrijk onderdeel van een uitgebreide diagnostiek van alle factoren die een bijdrage kunnen hebben geleverd aan de suïcidaliteit. Alle relevante factoren worden samengebracht in een beschrijvende diagnose, de zogeheten structuurdiagnose. Als we die met de jongere en de ouders bespreken en zij instemmen met onze beschrijvingen, is een goed uitgangspunt bereikt voor verdere hulp. De systeemgerichte diagnostiek die daarbij hoort, richt zich op het besef en het onderkennen van circulaire processen rond het suïcidale gedrag en de interactiepatronen.

Het ontrafelen van de samenhang van gedachten, gevoelens en gebeurtenissen die te maken hebben met het suïcidale gedrag van de jongere, staat voorop in een onderzoek naar de onderlinge interacties binnen de context van een gezin. Hoe kun je dit alles ontwarren, zodat alle stemmen gehoord worden en er langzaam maar zeker meer helderheid komt in een situatie waarin er geen uitzicht meer lijkt te zijn? Hoe ontstaat er ruimte voor datgene wat mogelijk eerder nog niet besproken

kon worden en dat de onderlinge betrekkingen raakt?

Het doel daarbij is drieledig: het begrijpen van de achtergronden van het suïcidale gedrag, het waarborgen van de veiligheid van de jongere en vooral het verbeteren van de verbindingen tussen de gezinsleden. Het gaat daarnaast ook om het uitvragen van het effect van de suïcidaliteit op de jongere en op het omringende systeem. Het onderzoek naar hoe de jongere en de gezinsleden gezamenlijk weer invloed kunnen krijgen op de suïcidaliteit leidt tevens tot de mogelijkheid om samen met hen weer toekomstperspectief te ontwikkelen. De systeemdiagnostiek richt zich dus vooral op de onderlinge betrekkingen die verband houden met het feit dat de jongere de relaties niet meer als relevant genoeg beleeft om daarvoor te willen blijven leven. We zullen zien dat vooral de methode van het circulair vragen daarbij veel mogelijkheden biedt.

In de systeemtherapie bestaan meerdere referentiekaders van waaruit met gezinnen gesproken kan worden. In alle modellen wordt informatie verzameld over een familie, in de vorm van verhalen en betekenisvolle gebeurtenissen die de familieleden aan de therapeut vertellen.

De therapeut vertrekt van het verhaal van de familie om een 'nieuw verhaal te ontwikkelen' (Hanna & Brown, 2004). Het gaat over het samen met de cliënten creëren van een context voor verandering en behandeling. In het kader van suïcidaal gedrag stel je vragen waarbij de focus dat suïcidale gedrag is. Dat zijn vragen die tegelijk de context rondom het suïcidale gedrag raken. Tevens gaat het er bij het stellen van vragen altijd om hoe belangrijke betrokken zich verhouden tot het suïcidegedrag van de jongere. Het zijn vragen waarbij de verschillende gezinsleden zich geraakt voelen en worden uitgedaagd hun betrokkenheid te tonen. In onderstaande casus bleken circulaire vragen door te dringen tot de kern van de onderlinge betrekkingen.

Peter

Toen tijdens een gesprek met Peter en zijn ouders het depressieve gedrag van Peter aan de orde kwam, vooral zijn moeder haar overbezorgdheid toonde en vader meer zijn irritatie, liet Peter zich de volgende opmerking ontvallen: 'Mijn ouders vinden mijn leven belangrijker dan ik!' De therapeut werd geraakt door deze opmerking en vroeg zich peinzend af wat deze opmerking over zijn ouders voor hen moest betekenen. De ouders zaten er verslagen bij. Peter imponeerde wat ongeïnteresseerd, terwijl hij tussen zijn ouders in zat en zij over zijn hoofd een verschil van mening bespraken. Op dat moment stelde de therapeut de volgende circulaire vraag aan Peter: 'Heb je een idee wat het voor je ouders betekent dat zij jouw leven belangrijker vinden dan jij?'

Direct daarop reageerde vader alsof hij door een wesp gestoken werd, barstte in snikken uit en vertelde dat hij elke avond als zijn zoon weer naar zijn kamer ging niet wist wat hij moest doen. Want, zo zei hij, hij was bang dat zijn zoon zich zou suïcideren. Deze uitbarsting bracht een enorme schok teweeg bij iedereen, inclusief de therapeut, maar het bracht tegelijkertijd openheid, en een kans voor nieuwe verbindingen. Toen stelde de therapeut aan Peter de vraag wat deze reactie van zijn vader met hem deed. Peter vertelde dat hij niet wist dat zijn vader zo met hem bezig was en dat zijn vader blijkbaar van hem hield. Hij zag alleen maar een vader die ruzie maakte met hem en met zijn moeder. Ook de moeder zag ineens de achterkant van al die boze uitlatingen van haar man jegens haar.

Hier brachten de circulaire vragen een belangrijke opening tot stand waardoor de gezinsleden een samenhang zagen in wat er zich tussen hen afspeelde. Daardoor konden zij zich weer met elkaar verbinden. In de gezinsbehandeling werd er een nieuw toekomstperspectief ontwikkeld, nu vanuit een grotere onderlinge verbondenheid.

Interventies

Lineaire of circulaire vragen, ze zijn beide nodig voor verschillende doeleinden.

Karl Tomm (1988) was een belangrijke overgangsfiguur in de ontwikkeling van de systeemtherapie. Hij zegt dat elke vraag die wij stellen gezien moet worden als gesteld vanuit een bepaalde intentie en vanuit een zekere vooronderstelling. Het gaat om vragen die oriënterend dan wel beïnvloedend van aard zijn.

Bij een lineaire vraagstelling oriënteert de hulpverlener zich, en hij krijgt daarmee informatie van de jongere die nodig is om een goed beeld te krijgen van de jongere en diens situatie. Zo kan de hulpverlener als een detective zoeken naar wat er aan de hand is. Deze lineaire vorm van beïnvloeden kan een beperkend effect oproepen. Het kan dat een jongere zich onvoldoende gehoord voelt omdat het suïcidaal gedrag complexer ligt en door middel van bijvoorbeeld een piekeropdracht niet wordt opgelost.

Bij een circulaire vraagstelling, eerder voortkomend uit een vorm van nieuwsgierigheid naar verbindingen tussen mensen en gebeurtenissen, ontstaan er andere processen. Tijdens het stellen van circulaire vragen oriënteert de hulpverlener zich eveneens, maar komt er een reflectieproces op gang bij de jongere. Maar ook de andere betrokkenen worden aan het denken gezet en kunnen vervolgens zelf in beweging komen.

Men is niet zozeer een detective maar meer een verbinder die de onderlinge betrekkingen aftast. Daarnaast biedt circulaire vraagstelling kansen om elkaar op een nieuwe manier te leren kennen. Het is vooral deze techniek van circulaire vragen stellen die heel werkzaam blijkt bij het tot stand komen van nieuwe verbindingen tussen een jongere met suïcidaal gedrag en de mensen die betrokken zijn, zoals ouders, broers en zussen. Maar het kunnen ook leerkrachten zijn van een school, vrienden of andere familieleden.

Zoals we schreven, willen niet alle jongeren dat hun ouders bij de diagnostiek en de behandeling worden betrokken. In de praktijk van alledag blijkt dat jongeren via de huisarts, de school of in een crisissituatie bij de hulpverlening terecht komen zonder dat de ouders op de hoogte zijn van de problemen. De jongeren staan lang niet altijd open voor inmenging van anderen bij hun problematiek. Redenen daarvoor variëren van schaamte over hun falen tot een te gering vertrouwen in de ouderlijke steun. Maar ook boosheid jegens hun ouders over de nogal eens moeilijk verlopende contacten thuis of reeds bestaande breuken leiden tot hun isolement. Vaak voelen hulpverleners zich dan met de rug tegen de muur staan, omdat ze in een positie worden gemanoeuvreerd waarbij hun geheimhouding wordt afgedwongen terwijl ze juist de verantwoordelijkheid voor een dergelijk zwaar probleem niet alleen kunnen en willen dragen. Het is goed om je als hulpverlener te realiseren dat de weigering van de jongere om mee te werken aan het verbreden van de context, het inhoudsniveau betreft. Terwijl er in een eerste gesprek met de jongere nog veel op betrekkingniveau valt uit te zoeken. Ook hier is een circulaire vraagstelling van groot belang.

Sara

Sara is een van de jongeren die haar ouders erbuiten wil houden. Sara, 17 jaar, werd voor haar somberheid naar de jeugd-ggz verwezen door de mentor van haar school en haar ouders wisten niet van deze verwijzing. Sara wilde dat zeker zo houden. Ze wilde haar ouders niet belasten met haar problemen en de hulpverlener had dit verzoek gerespecteerd. Tijdens de behandeling van haar depressie werd ze ernstig suïcidaal, waarbij de hulpverlener zei dat hij vond dat de ouders ingelicht moest worden. Sara weigerde elke medewerking en vertelde hoe bang ze was om haar ouders te belasten. Ze gaf aan juist van plan te zijn suïcide te plegen vanuit de wanhoop die dan zou ontstaan. Nadat de hulpverlener de voors en tegens van het betrekken van de ouders had besproken, kwamen ze niet tot een besluit. Op een zeker moment schetste de hulpverlener de volgende situatie. 'Sara, stel je hebt je gesuïcideerd en je bent dood. En ik ga naar jouw begrafenis en

ontmoet je ouders en je ouders vragen mij hoe ik jouw situatie had ingeschat. Wat ga ik hun dan vertellen? En stel dat ze mij vragen of je nog een boodschap voor hen hebt achtergelaten. Wat moet ik tegen hen zeggen?’

Deze vragen brachten haar in verwarring. Ze wist zich even geen raad en voelde zich heel ongemakkelijk. Het gesprek kreeg daardoor een belangrijke wending. Met behulp van de mentor konden de ouders worden ingelicht en vond er een gezamenlijk gesprek met hen plaats.

Juist in situaties waarbij de verbale communicatie moeilijk is of verzandt in wederzijds onbegrip en verwijten over en weer, kunnen non-verbale communicatievormen het contact faciliteren en de pijnlijke onderwerpen in de kamer brengen. Dit is vaak gemakkelijker voor de jongere, en het is voor alle gezinsleden zeer beeldend wat daarbij zichtbaar wordt. De volgende twee methoden worden beschreven: het tekenen van onderlinge relaties en het tekenen van een genogram.

Tekenen van de onderlinge relaties Je doet dit bijvoorbeeld door op een vel papier een grote cirkel te tekenen. Je vraagt vervolgens de jongere om zichzelf een plek te geven in de cirkel, die je de cirkel van diens huidige levenssituatie noemt. In de tekening wordt de jongere centraal gezet en worden de volgende twee vragen gesteld.

- ▶ Wie is belangrijk voor jou?
- ▶ Voor wie ben jij belangrijk?

Daarna vraag je de jongere deze andere personen in de cirkel te tekenen, waardoor je een overzicht krijgt hoe deze met die anderen – voornamelijk gezinsleden, maar ook anderen – in het leven staat. Door de afstand en nabijheid ten opzichte van deze anderen als gespreksonderwerp te nemen, wordt duidelijk wie in de beleving van de jongere dichtbij of verder weg staat. Hiermee worden de relaties in kaart gebracht, inclusief de affecties die daarbij horen. De jongere kan in het beeld ontdekken dat hij in betrekking staat tot anderen. Dit vergroot het besef deelgenoot te zijn van de levens van anderen en het besef dat er belangrijke anderen voor hem zijn. Ernstig suïcidale jongeren kennen beperkte mogelijkheden om met problemen om te gaan en sluiten zich af voor nieuwe informatie. Maar op deze wijze wordt de jongere weer ongemerkt ingebed in het gezin of de omgeving waarvan hij in zijn beleving geen deel meer uit maakte en waar hij zich alleen maar een last voor de anderen voelde. Deze speelse manier van werken door de onderlinge relaties in beeld te

brengen maakt bovendien dat de jongere zich even afgeleid voelt. Het doorbreken van een vertrouwde wijze van reflecteren over zichzelf en zijn omgeving biedt openingen voor nieuwe informatie. Vaak ontstaat er tijdens het tekenen een meer ontspannen sfeer en voelt de jongere zich serieus genomen. Met het besef toch ingebed te zijn in een netwerk van betekenisvolle relaties wordt het gevoel alleen te staan verminderd.

Fathma

Fathma voelde zichzelf alleen staan binnen haar Turkse familie. Ze woonde bij haar ouders met haar oudere zus en een jongere broer en zus. Ze was weggelopen vanwege huiselijk geweld en had hiervan melding gemaakt bij de hulpverlenende instanties. Hierdoor kwam Bureau Jeugdzorg in het gezin en daarmee had zij, in de beleving van de ouders en enkele gezinsleden, de familie te schande gezet. Ze werd door haar ouders en zus genegeerd en voelde zich uitgestoten. Fathma besloot dat ze er beter niet meer kon zijn.

Tijdens het tekenen van het gezinsoverzicht werd ze zich bewust van het feit dat ze nog een klein broertje en een jonger zusje had voor wie ze een belangrijke zus was. Ze besepte dat ze hen niet in de steek wilde laten. Ook voelde ze hoe ze ook was weggelopen voor haar moeder omdat die de mishandeling niet naar buiten bracht. Ze kon haar weglopen gaan zien als hulp aan de familie en kon afzien van haar plannen tot suïcide.

Tekenen van een genogram Het tekenen van een genogram heeft een grote meerwaarde. Bij multiculturele families is dit vaak de meest toegankelijke wijze van onderzoek. Door eerst een enkele persoon te betrekken wordt er vertrouwen opgebouwd. Vaak is dat de moeder, later kan dit uitbreid worden naar meerdere gezinsleden als dat het belang dient. Ook tantes en ooms of andere belangrijke gezagsdragers kunnen betrokken worden. Er moet altijd gevraagd worden naar de familiehiërarchie, want de eer van de familie staat doorgaans op het spel. Als daar niet bij stil wordt gestaan, wordt de aansluiting gemist. Het is een makkelijke werkwijze die goed geaccepteerd wordt en een voor iedereen helder overzicht toont. Vanuit dit overzicht vind je altijd familieleden die betrokken kunnen worden, ook al kost dat doorgaans meer tijd.

Nadine

De 16-jarige Nadine, van Turkse afkomst, had verkering met een 17-jarige Nederlandse jongen, een klasgenoot van haar middelbare school. Haar oudere broer had het aan haar ouders verteld. Ze voelde zich door hem verraden en wilde niet door hem gecontroleerd wor-

den. Toen ze van haar ouders vanwege die verkering huisarrest kreeg en alleen thuis moest blijven terwijl de familie naar een feest ging, zocht ze een uitweg en nam ze een hoeveelheid slaappillen van haar moeder in. Daarna belde ze in paniek haar jongere zusje op.

In de hulpverleningsgesprekken die volgden vertelden de ouders over hoe ze de controle over hun dochter hadden verloren en over wat hen zo angstig maakte. De hulpverlener tekende het genogram van beide families en vroeg wie van de familie hen daarbij zou kunnen steunen. Beiden vertelden toen dat ze zeer traditioneel waren opgevoed en indertijd geen vrije partnerkeuze kenden. Met name de ouders van vader spraken regelmatig over de partnerkeuze voor Nadine. De boodschap van hun zoon was hun rauw op het dak gevallen en strenge regels leken voor dat moment de beste oplossing. Daarbij moest Nadine het goede voorbeeld geven aan haar twee jongere zussen.

Nadine kon in de gesprekken aan haar ouders vertellen dat ze hun angst wel kon begrijpen, maar dat ze ook geïnteresseerd was in juist niet-Turkse jongens. De voor- en nadelen van het uithuwelijken werden besproken, evenals de wijze waarop de ouders dit met de ouders van vader konden bespreken. Er kwam een ander gesprek op gang en er ontstond onderling vertrouwen. De ouders waren vervolgens bereid afspraken te maken over de omgang van hun dochter met de Nederlandse jongen.

Beschouwing

Het betrekken van de ouders van suïcidale jongeren is niet alleen een verplichting van de richtlijn, maar heeft ook overduidelijk voordelen op het gebied van zowel diagnostiek en veiligheid, als het weer sociaal en emotioneel inbedden van de jongere in zijn gezinsrelaties. Individuele beoordeling van de suïcidaliteit, de individuele aspecten van de problematiek inclusief de psychiatrische problemen kan in principe los daarvan gebeuren, maar als de ouders bij de onderzoeken aanwezig zijn en mede bevrraagd worden, levert dat doorgaans meer en betere informatie op. Dat geldt bij uitstek voor de risicotaxatie en de gezinsdiagnostiek. Bovendien ervaart de jongere dan hun betrokkenheid, waar deze jongeren nogal eens aan twifelen. Bij multiculturele gezinnen zien we vaker dat aanleidingen gelegen zijn in de spagaat die de jongere maakt in sociaal-cultureel opzicht: trouw willen blijven aan de culturele achtergrond van de ouders en hun stamgezinnen en tegelijk willen voldoen aan de opdracht om succesvol te functioneren in de Nederlandse maatschappij (Ferber & Boedjarath, in druk).

Juist omdat het voor veel suïcidale jongeren zo moeilijk is om problemen met en grieven jegens de ouders onder woorden te brengen, zijn non-verbale methodieken erg bruikbaar. Daarmee wordt ook voorkomen dat de vaak bestaande negatieve interacties herhaald worden tijdens de gezinsgesprekken en het gesprek domineren zonder dat nieuwe openingen gecreëerd kunnen worden.

Ineke Rood is psychotherapeut en systeemtherapeut en opleider. Zij is werkzaam in een eigen systemische praktijk voor verandertrajecten en als consultant op het gebied van ernstige systeemproblematiek. E-mail: inekerood1@gmail.com.
Jan Meerdinkveldboom is jeugdpsychiater, systeemtherapeut en consultant op het gebied van suïcidale jongeren.

Literatuur

- Ferber, M. & Boedjarath, I. (in druk, 2016). De behandeling van suïcidaal gedrag bij allochtone cliënten. In A. Kerkhof & B. van Luyn (red.) (2016), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Hanna, S.M. & Brown, J.H. (2004). *The practice of family therapy - Key elements across models*. Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Hemert, B. van, et al. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kerkhof, A.J.F.M., Mulder, S. & Draisma, C. (2007). Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen - Epidemiologie en behandeling. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 48-53.
- Meerdinkveldboom, J. (2015). Zonder ouders geen behandeling van adolescenten. *Systeemtherapie*, 27(3), 160-174.
- Meerdinkveldboom, J., Rood, I. & Kerkhof, A. (in druk, 2016). *Handboek suïcidale jongeren - Individuele en gezinsbehandeling*. Amsterdam: Boom.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III - Intending to ask lineal, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A. & Joiner Jr., T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- Wasserman, D. et al. (2015). School-based suicide prevention programmes - The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.