

Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit

M. van de Koppel, S.Y.M. Mérelle, Y.A.J. Stikkelbroek, P.T. van der Heijden, J. Spijker, A. Popma, D.H.M. Creemers

| | |
|--------------------|---|
| Achtergrond | Vanuit een psychologische autopsiestudie (Mérelle e.a. 2020) komt een subgroep naar voren van vrouwelijke adolescenten met chronisch suïcidaal gedrag en ernstige internaliserende problematiek. |
| Doel | Het beschrijven van kenmerken van het suïcidale proces van deze subgroep en de ondervonden uitdagingen in de hulpverlening. |
| Methode | Een casusbeschrijving en literatuuronderzoek. |
| Resultaten | De persisterende suïcidale dreiging en de daaropvolgende wanhoop van patiënt en ouders dwingen de hulpverleners in een impasse: het waarborgen van veiligheid wordt de primaire behandelfocus, waardoor de behandeling van onderliggende problematiek naar de achtergrond raakt. Op basis van ervaringskennis doen we aanbevelingen waaronder het streven naar autonomiebevorderend beleid, het behandelen van suïcidaliteit als een transdiagnostisch fenomeen, een multidisciplinair zorgnetwerk creëren en chronische suïcidaliteit verdraagbaar maken voor hulpverleners. |
| Conclusie | We doen een eerste voorstel met praktische aanbevelingen in de zoektocht naar optimalere hulpverlening voor chronisch suïcidale adolescenten. |

Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak onder adolescenten wereldwijd (Cha e.a. 2018). In 2017 werd in Nederland een zogeheten psychologische autopsiestudie uitgevoerd onder nabestaanden van 35 overleden adolescenten om meer zicht te krijgen op de omstandigheden waaronder deze adolescenten suïcide pleegden (Mérelle e.a. 2020). Hierbij werden interviews en vragenlijsten afgenomen bij de ouder(s), een vriend(in), hulpverlener en leerkrachten.

Er kwam een subgroep van vrouwelijke adolescenten met chronisch suïcidaal gedrag naar voren. Het betrof zeven intelligente meisjes die worstelden met onzekerheid, perfectionisme, faalangst en prestatiedruk. Na een ogenschijnlijk probleemloze voorgeschiedenis lieten zij een knik in de ontwikkeling zien vanaf de middelbare school, gekenmerkt door depressieve episoden, angst, emotieregulatieproblemen, eetstoornissen en ernstig, chronisch suïcidaal gedrag. Vaak was er sprake van herhaaldelijke opnames in een kliniek, waarbij hun sociaal netwerk toenemend uit jongeren met psychische problematiek ging bestaan. Kenmerkend was de onmacht van zowel ouders als behandelaars, doordat het toestandsbeeld ondanks alle inspanningen verslechterde (Mérelle e.a. 2020).

Wij herkennen de subgroep ook in het klinisch werkveld, wat onderstreept wordt door het rapport 'Een stil gevecht' over de JeugdzorgPlus (Kaijadoo e.a. 2021). Er lijkt veel onduidelijkheid te bestaan over de bejegening en behandeling, met stagnatie van de hulp en toenevende demoralisatie bij patiënten, ouders en hulpverleners als gevolg. Wij beschrijven een casus uit de psychologische autopsiestudie ter illustratie. De schrijvers hebben geen van allen een behandelrelatie met de beschreven adolescente gehad.

CASUSBESCHRIJVING

Adolescente A was een adolescente die op 18-jarige leeftijd was overleden door suïcide. Ten tijde van het overlijden betrof de DSM-5-hoofdclassificatie een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, met als nevenclassificaties een persisterende depressieve stoornis, anorexia nervosa en een ongespecificeerde angststoornis. Zij doorliep vanaf haar 14de jaar verschillende hulpverleningstrajecten. Aanvankelijk werd gestart met begeleidende contacten door een maatschappelijk werker en cognitieve gedragstherapie binnen de basis-ggz. Deze

AUTEURS

Marthe van de Koppel, orthopedagoog en promovendus, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant.

Saskia Mérelle, senior wetenschappelijk onderzoeker en klinisch epidemioloog, 113 Zelfmoordpreventie.

Yvonne Stikkelbroek, klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider en senior wetenschappelijk onderzoeker, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant en Child and Adolescent Studies, Universiteit Utrecht.

Paul van der Heijden, klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider en senior wetenschappelijk onderzoeker, Centrum voor Adolescentenpsychiatrie, Reinier van Arkelgroep.

Jan Spijker, psychiater, Expertisecentrum Depressie, Pro Persona en Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant, bijzonder hoogleraar Chronische depressie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

Arne Popma, hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie en hoofd, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie & Psychosociale Zorg, Amsterdam UMC, hoofd, Level TOP-GGZ kennisnetwerk Gedrag & Forensisch.

Daan Creemers, klinisch psycholoog/psychotherapeut, senior wetenschappelijk onderzoeker, Depressie Expertisecentrum Jeugd en directeur behandelzaken Kind en Jeugd, GGZ Oost Brabant.

Correspondentie

Marthe van de Koppel
(m.vande.koppel@ggzooostbrabant.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-1-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(4):214-219

interventie werd gevolgd door 9 maanden klinische behandeling en 11 maanden poliklinische behandeling gericht op vermindering van de angst- en stemmingsklachten, suïcidaliteit en eetproblematiek.

In die periode waren er herhaaldelijke opnames op de crisisunit na ernstige suïcidepogingen. Het behandelproces kwam onvoldoende tot stand: de hulpverlening werd toenemend gekenmerkt door het beheersen van de suïcidaliteit. Een jaar lang werd getracht patiënte aan te melden voor (poli)klinische behandeltrajecten, maar zij werd meermaals afgewezen vanwege de complexiteit van de problematiek. De intensivering van zorg resulteerde meestal slechts in een tijdelijke afname in klachten: zodra van patiënte meer verantwoordelijkheid werd verwacht, liet ze een sterke toename van klachten en suïcidaal gedrag zien.

Informatie ouders

Patiënte was opgegroeid in een intact gezin, als middelste kind van drie dochters. Ze doorliep een vlotte vroege ontwikkeling. Zij had vriendinnetjes, werd nooit gepest en behaalde goede schoolresultaten. Ze was onzeker en perfectionistisch: ze streefde ernaar aan ieders verwachtingen te voldoen en erbij te horen, maar ze kon deze (zelfopgelegde) druk moeilijk verdragen. Bij verdriet trok ze zich terug en bij boosheid liet ze woede-uitbarstingen zien.

Vanaf 14-jarige leeftijd ontstonden psychische klachten. Er was sprake van faalangst, (sociale) onzekerheid, een groeiende controlebehoefte en automutilatie. Tevens ontstond een restrictief eetpatroon en werd ze in toenemende mate depressief en suïcidaal. Vanaf de derde klas ging ze niet meer naar school. De toenemende

verantwoordelijkheid die hoort bij (jong)volwassenheid maakte haar angstig.

Informatie oud-behandelaar (GZ-psycholoog)

De 9 maanden durende klinische behandeling bestond uit het opstellen van een signaleringsplan, medicamenteuze behandeling, cognitieve gedragstherapie, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), psychomotore therapie en ouderbegeleiding. Vanwege het chronische karakter van de suïcidaliteit stond het waarborgen van veiligheid centraal. Er was diverse malen sprake van een verschil in visie tussen ouders die pleitten voor meer veiligheidsmaatregelen en intensivering van hulp enerzijds en de behandelaars die pleitten voor autonomiebevordering anderzijds. Ondanks de inspanning van het behandelteam bleef het klachtbeeld verslechteren en er was uiteindelijk 24-uurstoezicht noodzakelijk. Dit werd een onhoudbare situatie.

Informatie vriendin vanuit kliniek

Patiënte was gevoelig, gesloten en bang voor de verantwoordelijkheden die toenemen bij het opgroeien. Ze volgde berichten over eetproblemen en suïcidaliteit via sociale media, waarmee ze online een nieuwe identiteit creëerde. Ziek zijn was 'wie ze was' en haar contact met medepatiënten en sociale media hielpen om die identiteit vast te houden.

BESCHOUWING

De casus illustreert de persisterende suïcidale dreiging en de wanhoop van patiënte en ouders, die de hulpver-

Tabel 1. Aanvullende adviezen bij de behandeling van adolescenten met chronische suïcidaliteit

| |
|--|
| 1. Behandel suïcidaliteit als transdiagnostisch fenomeen. Stap 1: Kijk verder dan het suïciderisico en veiligheidsafspraken. Stap 2: Vertraag, verdraag en zie soms af van actief ingrijpen om bekrachtiging van het functionele suïcidale gedrag en versterking van de suïcidale identiteit te voorkomen. |
| 2. Zie suïcidaliteit als een vorm van coping, waarin de functie en de betekenis van het suïcidaal gedrag in kaart gebracht dienen te worden in samenwerking met patiënt en ouders. |
| 3. Voorkom doorverwijzingen en waarborg continuïteit in het behandelproces door een multidisciplinair zorgnetwerk om de patiënt heen te bouwen. |
| 4. Streef naar draagvlak voor het behandelbeleid bij het gehele systeem (patiënt, ouders, hulpverleners, school en huisarts). |
| 5. Maak chronische suïcidaliteit draag- en verdraagbaar voor de hulpverlener. |
| 6. Maak gebruik van de kaders van de Wet verplichte ggz (Wvvggz). |

leners in een impasse dwingen: het waarborgen van veiligheid wordt de primaire behandelfocus, waardoor de behandeling van onderliggende problematiek naar de achtergrond verschuift. Het ontbreekt aan wetenschappelijke kennis over de behandeling van adolescenten met chronische suïcidaliteit.

De multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert e.a. 2012) doet een aantal waardevolle aanbevelingen voor de hulpverlening aan volwassenen:

- Neem chronisch suïcidaal gedrag permanent serieus, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.
- Zoek naar de bron en het voortduren van de psychische nood, in een langdurend engagement met de patiënt.
- Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de patiënt; blijf streven naar verandering en spreek de patiënt aan op en naar zijn autonome vermogen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht: vooral onmacht en agressie; maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie.
- Blijf waakzaam op acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in geval van 'acuut risico bovenop chronisch risico' zorgintensivering.
- Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie bij ernstige dreiging met suïcide en homicide.

De richtlijn lijkt echter onvoldoende aan te sluiten bij de adolescentie levensfase, waarin het autonoom vermogen nog in ontwikkeling is. Er is vaak sprake van een systeem dat veel druk uitoefent om alle suïciderisico's uit te bannen. Tevens is de behandel dynamiek vaak complex door wederzijds wantrouwen, waarin het gevaar dreigt dat de behandelaar zich verantwoordelijker voelt voor overleving dan de patiënt zelf (Van Duursen & Knapen 2017; Kaijadoe e.a. 2021). Hierdoor komt de nadruk van het behandelbeleid vaker op beheersing van de suïcidaliteit te liggen en is er onvoldoende basis voor ontwikkeling. Alvorens wij tot aanvullende adviezen overgaan, duiden wij eerst de chronische suïcidaliteit.

Chronische suïcidaliteit

Chronische suïcidaliteit kunnen we omschrijven als persisterende of herhaaldelijke aanwezigheid van suïci-

dale gedachten, het vormen van suicideplannen en/of het ondernemen van suïcidepogingen (Meyer e.a. 2010; Yager & Feinstein 2017). Chronisch suïcidale adolescenten lijken zich op een aantal gebieden te onderscheiden van acut suïcidale adolescenten, zoals de sterkere aanwezigheid van emotieregulatieproblemen (Wolff e.a. 2018), hopeloosheid (Czyz & King 2015) en het op jongere leeftijd starten met automutilatie (Stewart e.a. 2017).

In de psychologische autopsiestudie spreken Mérelle e.a. (2020) van de ontwikkeling van een 'suïcidale identiteit'. In de adolescentie zijn identiteitsvorming en het vormen van cognitieve en emotionele regulatievaardigheden belangrijke ontwikkelingsstaken (Erikson 1986; Vander Stoep e.a. 2009). Tegelijkertijd is er sprake van hormonale veranderingen, emotionele instabiliteit en groeiende verantwoordelijkheden. Er dreigt een disbalans tussen de vaardigheden die verlangd worden en de vaardigheden die de adolescent beheerst, met gevoelens van overweldigd raken, somberheid en angst als mogelijke gevolgen.

Adolescenten blijken daarnaast sneller geneigd tot alles-of-nietsdenken en -handelen (Vander Stoep e.a. 2009), zoals suïcidale gedragingen. Aanvankelijk is de suïcidaliteit vaak egodystoon: het is geen onderdeel van 'het normale zelf' en het veroorzaakt lijdenslast. Echter, wanneer suïcidaliteit geleidelijk een functionele copingsvorm wordt, bijvoorbeeld door het bieden van bescherming tegen de eisen van een wereld die als toenemend overweldigend wordt ervaren, kan het suïcidaal gedrag onderdeel van het normale zelf worden (egosyntoon) en zich daarmee ontwikkelen tot een suïcidale identiteit (Schwartz 1979).

Adviezen

Wij doen de volgende aanbevelingen voor adolescenten met chronische suïcidaliteit in aanvulling op de bestaande richtlijn (tabel 1). In onze ervaring wordt de subgroep gedomineerd door vrouwelijke adolescenten, maar de adviezen zijn sekseoverstijgend.

1. Behandel suïcidaliteit als transdiagnostisch fenomeen

Suïcidaliteit wordt nu veelal als een kenmerk van een

stoornis gezien, maar is een op zichzelf staand probleem dat eigen aandacht behoeft.

Stap 1: Kijk verder dan suïciderisico en veiligheid. Te vaak kenmerkt de zorg bij suïcidaliteit zich door het inschatten van het acute suïciderisico en het maken van veiligheidsafspraken, waardoor de focus uitsluitend ligt op preventie van een fatale afloop in plaats van op het faciliteren van ontwikkeling en herstel (Turner e.a. 2020).

Interventies gericht op suïcidaliteit zoals *Attempted Suicide Short Intervention Program* (ASSIP; Michel & Gysin-Maillart 2015) en *Youth-Nominated Support Teams* (YST; King e.a. 2019) zijn hoopvol.

ASSIP is een additionele psychotherapie, waarbij de nadruk ligt op de therapeutische alliantie, psycho-educatie, cognitieve casusconceptualisatie en veiligheidsafspraken. De patiënt wordt middels outreachende contacten tot 2 jaar na de suïcidepoging gevolgd. YST is een interventie gericht op psycho-educatie en sociale steun, waarbij de adolescent volwassenen uit de nabije omgeving selecteert als steunfiguur na een crisisopname of suïcidepoging. De steunfiguren worden getraind en krijgen 3 maanden wekelijkse telefonische contacten met het YST-team.

Echter, bij de beschreven subgroep wordt vaak een impasse ervaren, waarin er geen constructieve behandelrelatie gevormd kan worden en er onvoldoende draagvlak is om de genoemde interventies uit te voeren. In deze gevallen is stap 2 wellicht geïndiceerd.

Stap 2: Vertraag en verdraag. Bij deze stap gaat het om vertragen en verdragen en soms afzien van actief ingrijpen om bekrachtiging van het functionele suïcidale gedrag en versterking van de suïcidale identiteit te voorkomen.

Therapeutische houdingsaspecten gericht op het bieden van borging en *holding*, zoals in dialectische gedragstherapie (DGT), *mentalization based treatment* (MBT) en schematherapie, dienen binnen het vertragen centraal te staan. Dit kenmerkt zich door een veilige en warme behandelrelatie waarin aandacht is voor het accepteren van het negatieve affect middels het begrijpen, benoemen en valideren ervan zonder actief in te grijpen. Het waarborgen van de veiligheid door inzet van beheersmatige interventies moet voortdurend worden afgewogen tegen de langetermijnrisico's. Vaak genoemde risico's zijn toenemend regressief gedrag, een bekrachtiging van de patiënt zijn of haar hopeloosheid en vermijding (Kerkhof & Van Luyn 2016), versterking van de suïcidale identiteit (Schwartz 1979) en het onvoldoende behandelen van de onderliggende problematiek. Te allen tijde moet met duidelijkheid, transparantie en warmte over de beweegredenen voor het niet overgaan tot een crisisopname worden gecommuniceerd met de patiënt en het systeem. Zorg dat de overwegingen tot vertragen, het niet reactief handelen op de suïcidaliteit en wanneer wel reactief te handelen expliciet

in het behandelbeleid zijn uitgewerkt. Indien een crisisopname onvermijdelijk blijkt, is het van belang om het doel, de duur (bij voorkeur zo kort mogelijk) en de evaluatiemomenten op voorhand duidelijk met de patiënt, het systeem en de betrokken behandelaars te hebben bepaald (Kerkhof & Van Luyn 2016).

2. Zie suïcidaliteit als vorm van coping

Hierbij dienen de functie en de betekenis van het suïcidaal gedrag in kaart gebracht te worden in samenwerking met patiënt en ouders. In hun differentiatie-model onderscheiden De Winter e.a. (<https://suïcidaliteit.nl/2020/differentiatie/beschrijvingmodel.pdf>) vier typen suïcidaal gedrag, waaronder suïcidaal gedrag als inadequate communicatie en/of coping. Daarbij kan de patiënt de als ernstig ervaren lijdensdruk, de hulpvraag en de behoefte aan een oplossing alleen via suïcidaliteit uiten door een gebrek aan adequate vaardigheden. In het klinisch werkveld ziet men bij deze subgroep vaak dat de patiënt stagneert in de identiteitsontwikkeling en dat er sprake lijkt te zijn van emotionele onrijpheid. Het autonoom vermogen van de patiënt komt onder druk te staan. Zoals de ouders van de beschreven patiënte benoemden: zij werd steeds kleiner en leek niet langer opgewassen tegen de verantwoordelijkheden die zij geacht werd te dragen.

Het is belangrijk om te blijven kijken naar de sociaal-emotionele ontwikkeling in relatie tot de context en mogelijke overvraging in kaart te brengen. Wees alert op de mogelijkheid dat suïcidaliteit staat voor een inadequate coping met onderliggende problematiek (bijvoorbeeld een middel om angst te reguleren) of dient als vermijdingsgedrag van – als te lastig ervaren – verantwoordelijkheden en taken door sluimerende emotionele overvraging.

Wij achten het derhalve van belang een omgeving te creëren waarin de risico's van emotionele overvraging worden teruggedrongen, zodat autonomiebevordering binnen kaders van nabijheid en veiligheid kan plaatsvinden.

3. Voorkom doorverwijzingen en waarborg continuïteit

Men dient doorverwijzingen te voorkomen en continuïteit te waarborgen in het behandelproces door een multidisciplinair zorgnetwerk om de patiënt heen te bouwen. Vanwege de vaak complexe comorbide problematiek bij chronisch suïcidale adolescenten is er sprake van fluctuerende zorgbehoeften. Simpel gezegd: als de ene stoornis wordt behandeld, komt de andere naar voren. Er volgen dan doorverwijzingen naar verschillende zorgaanbieders, behandelprogramma's en teams met ieder hun eigen specifieke expertise.

Het is bij deze patiënten echter juist noodzaak om een stevig zorgnetwerk om de patiënt heen te bouwen, waarin men expertise bundelt, zorgprogramma-overstijgend samenwerkt met patiënt, naasten en betrokken hulpverleners en gezamenlijk verantwoordelijkheid

draagt. De focus van het stoornisgericht handelen moet verschuiven naar het behandelen van de overlappende etiologische, pathologische en onderhoudende factoren in het disfunctioneren (Chu 2012).

Onze ervaring is dat het F-ACT-jeugd-zorgmodel goed op deze adviezen aansluit. Bij dit zorgmodel is er een multidisciplinair team dat intensieve, outreachende behandeling en praktische ondersteuning kan bieden bij complexe en fluctuerende hulpvragen op verschillende levensdomeinen aan de patiënt en het gezin (Storm e.a. 2013).

4. Streef naar draagvlak

Streef naar draagvlak voor het behandelbeleid bij het gehele systeem (patiënt, ouders, hulpverleners, school en huisarts).

De ouders en school spelen een belangrijke rol in het dagelijks leven van de patiënt en mogelijk ook in de verklaring of instandhouding van de problematiek. Zij dienen daarom nauw betrokken te zijn in de behandeling (Meerdinkveldboom 2017). De verschuiving van beheersmatig handelen naar herstel-bevorderend handelen lijkt in toenemende mate geaccepteerd onder hulpverleners. Echter, ouders (en de maatschappij) lijken deze denkwijze vaak nog niet te accepteren. De opvatting dat een crisisopname helpt en effectief is, zit (te) diep geworteld, terwijl dit niet bewezen is (Kerkhof & Van Luyn 2016).

Het begrijpen van (de functie van) het suïcidale gedrag in een bredere context en de gevolgen van beheersmatig handelen is daarom essentieel, evenals een nauwe samenwerking en overeenstemming over het behandelbeleid met de betrokken partijen. Men dient de draagkracht van ouders te optimaliseren bijvoorbeeld door psycho-educatie, ouderbegeleiding, systeemtherapie en het vergroten van het steunnetwerk zoals bij YST (King e.a. 2019).

5. Maak chronische suïcidaliteit draag- en verdraagbaar

Ook voor de hulpverlener dient men chronische suïcidaliteit draag- en verdraagbaar te maken. De beleving van hulpverleners blijft vaak onderbelicht, terwijl gevoelens van angst, frustratie, incompetentie en moedeloosheid tegenover de patiënt met suïcidaliteit hen niet vreemd blijken (Kaijadoo e.a. 2021; Scocco e.a. 2012).

Het advies te vertragen en niet reactief op het suïcidaal gedrag te handelen gaat mogelijk in tegen de natuurlijke handelswijze. De eerder beschreven begripvolle, validerende en begrenzend houding is alleen mogelijk als een behandelaar niet overspoeld wordt door tegenoverdrachtelijke gevoelens. Het delen van deze gevoelens in intervisiemomenten is essentieel om tegenoverdrachtelijke gevoelens niet uit te ageren en de lasten te delen (Knapen 2013).

Een voorbeeld waarin dit wordt gewaarborgd, is DGT, waarbij er een voor de behandelaars wekelijks en verplicht overleg met het consultatieteam is. Bovendien

is het creëren van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt (bijvoorbeeld door gedeeld regiebehandelaarschap) noodzakelijk voor het waarborgen van continuïteit en consistentie in het behandelbeleid. Tevens achten wij het van groot belang dat suïcidepreventie en daarmee gepaard gaande behandel-dilemma's een gedegen plaats in het curriculum van toekomstige psychologen en psychiaters krijgen.

6. Maak gebruik van de kaders van de Wvggz

De druk om als hulpverlener tot beheersmatige interventies (in de vorm van verplichte zorg) over te gaan wordt vaak gevoed door een gevoel van handelingsplicht vanuit de Wet verplichte ggz (Wvggz). Echter, de Wvggz biedt ook bescherming tegen ondoelmatige behandeling en iatrogene schade. Verplichte zorg moet namelijk een ultimatum remedium zijn en daarmee voldoen aan de voorwaarden van proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid. Bij de subgroep patiënten die wij beschrijven, lijken met name de voorwaarden van effectiviteit en veiligheid in het gedrang. Een klinische opname vergroot namelijk de afstand tussen de patiënt en diens systeem, waardoor cognities zoals 'ik ben anderen tot last' of 'ik doe er niet toe' en gevoelens van eenzaamheid kunnen worden versterkt.

Daarnaast lijkt verplichte zorg bij deze subgroep te leiden tot een bevestiging van de kerncognitie 'Ik kan het niet alleen', een groeiend gevoel van onvermogen en dikwijls een ernstige regressie in het suïcidaal gedrag zodra meer verantwoordelijkheid verlangd wordt. Indien men het goed beargumenteert, rapporteert en evalueert voor de patiënt in kwestie, biedt dat ruimte voor beleid waarbij de autonomie zo veel mogelijk intact gelaten wordt. Het kan helpen om daar tevens de geneesheer-directeur bij te betrekken.

BESLUIT

Een belangrijke kanttekening is dat men de adviezen dient te integreren in een al lopend behandelproces. Deze adviezen zijn slechts een eerste aanzet tot verbetering van de hulpverlening en behoeven verdieping en onderzoek.

De ouders van beschreven patiënte verleenden onmisbare medewerking. Floor Wagemaker, José van Rossum, Marlieke Notenboom en Reinier Koers (allen psychiaters werkzaam bij GGZ Oost Brabant), Lucie Cleassens (afdelingshoofd Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd) en prof. dr. Frits Boer (emeritus hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie) gaven constructieve feedback bij eerdere versies van dit manuscript.

LITERATUUR

- Cha CB, Franz PJ, Guzman EM, e.a. Suicide among youth: Epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; 59: 460-82.
- Chu BC. Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cogn Behav Pract* 2012; 12; 1-4.
- Czyz EK, King CA. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44: 181-93.
- Duursen RAA van, Knapen SRY. Chronische suicidaliteit: van beheersen naar begrijpen. *PsyXpert* 2017; 1. <https://www.psyxpert.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/chronische-suicidaliteit-van-beheersen-naar-begrijpen>
- Erikson EH. *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton; 1986.
- Hemert AM van, Kerkhof AA, de Keijser J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Kaijadoe S, van Arragon E, Derksen C, e.a. Een stil gevecht. Suicide en suicidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij? Den Haag: ZonMw; 2021. https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/JeugdzorgPlus/eindverslag_Stil_gevecht.pdf
- Kerkhof A, van Luyn B. *Behandeling van suicidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- King CA, Arango A, Kramer A, e.a. Association of the youth-nominated support team intervention for suicidal adolescents with 11- to 14-year mortality outcomes: Secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 492-8.
- Knapen SRY. Een veilige relatie heeft grenzen nodig. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2013; 68: 262-70.
- Meerdinkveldboom J. Goede hulpverlening aan suicidale jongeren. *GZ-psychologie* 2017; 9: 16-9.
- Mérelle S, Van Bergen D, Looijmans M, e.a. A multi-method psychological autopsy study on youth suicides in the Netherlands in 2017: Feasibility, main outcomes, and recommendations. *PLoS One* 2020; 15: e0238031.
- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, e.a. Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A consensus statement. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: e1-21.
- Michel K, Gysin-Maillart A, red. *ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program: A Manual for Clinicians*. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- Schwartz DA. The suicidal character. *Psychiatr Q* 1979; 51: 64-70.
- Scocco P, Toffol E, Pilotto E, e.a. Psychiatrists' emotional reactions to patient suicidal behavior. *J Psychiatr Pract* 2012; 18: 94-108.
- Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, e.a. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2017; 84: 105-12.
- Storm A, Frieswijk N, Hendriksen-Favier A. FACT als organisatie-model voor langdurig zorgafhankelijke kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent Praktijk* 2013; 12: 52-61.
- Turner K, Stapelberg NJC, Svetovic J, e.a. Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54: 571-81.
- Vander Stoep A, McCauley E, Fynn C, e.a. Thoughts of dead and suicide in early adolescence. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39: 599-617.
- Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 282-97.
- Wolff JC, Davis S, Liu RT, e.a. Trajectories of suicidal ideation among adolescents following psychiatric hospitalization. *J Abnorm Child Psychol* 2018; 46: 355-63.
- Yager J, Feinstein RE. General psychiatric management for suicidal patients, with remarks on chronicity: Contending with the angel of death. *J Nerv Ment Dis* 2017; 205: 419-26.

SUMMARY

Treatment plan for female adolescents in the grip of chronic suicidality

M. van de Koppel, S.Y.M. Mérelle, Y.A.J. Stikkelbroek, P.T. van der Heijden, J. Spijker, A. Popma, D.H.M. Creemers

- Background** A psychological autopsy study (Mérelle e.a. 2020) demonstrates a subgroup of female adolescents with chronic suicidal behavior and severe internalizing problems.
- Aim** To describe characteristics of the suicidal process and the challenges experienced in providing mental health care for this subgroup.
- Method** A case description and review of literature.
- Results** The persistent suicidal threat and the following despair of the patient and its parents are forcing care providers into an impasse: the primary focus of treatment is to guarantee the patient's safety, whereby the treatment of underlying problems is underexposed. Based on expert knowledge we make recommendations including autonomy-promoting treatment policy, treating suicidality as a transdiagnostic phenomenon, creating a multidisciplinary network of care providers and making chronic suicidality tolerable for care providers.
- Conclusion** We propose preliminary practical recommendations in our quest for optimal mental health care for chronic suicidal adolescents.