

Format diagnostiek suïcidaal gedrag jongeren Handleiding

Inleiding:

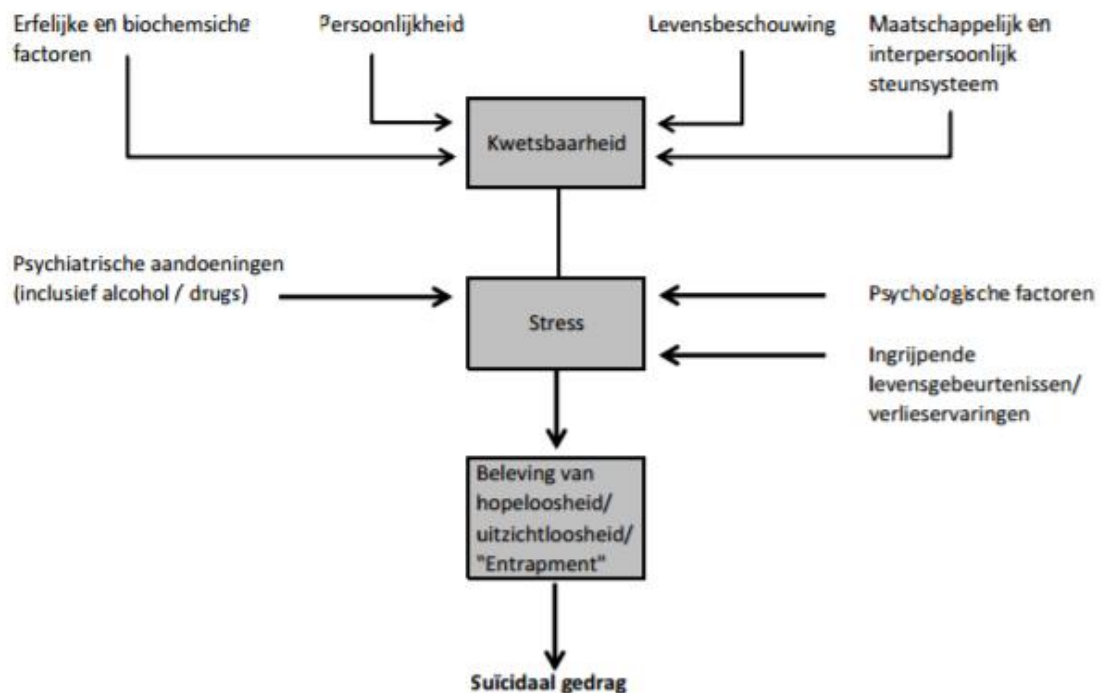
Dit format voor Diagnostiek naar suïcidaal gedrag bij jongeren is gebaseerd op en volgt de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag van het Trimbos instituut (2013). De onderzoeksbevindingen naar risicofactoren op suïcidaal gedrag bij jongeren wijken echter hier en daar van die bij volwassenen. Ook de praktische toepassing van de Richtlijn bij adolescenten kent aanpassingen. Hiervoor is in dit format de specifieke literatuur over suïcidaal gedrag bij adolescenten gevolgd. Zie ook de literatuurlijst.

Visie

In de visie van de Richtlijn op suïcidaal gedrag is het geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment leidend. Het is een getrapt model, waarbij gekeken wordt naar de achterliggende factoren (langer bestaande en recente) die hebben bijgedragen aan het ontstaan en in stand houden van het suïcidale gedrag. Zie figuur 1 hieronder.

Voor een meer ontwikkelingspsychologisch model, gebaseerd op de literatuur over suïcidaal gedrag specifiek bij adolescenten, zie het model van Bridge e.a. in figuur 2, helemaal onderaan.

Figuur S.1 Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney, 2008; Williams et al., 2005)



Diagnostiek

De diagnostiek naar suïcidaal gedrag omvat de 4 aspecten van bovenstaand model.

In geval van acute suïcidaliteit (de jongere is nú in suïcidale crisis) wordt de volgorde van het diagnostisch onderzoek bepaald door de CASE-methodiek (Chronological Assessment of Suicide Events): (1) Eerst onderzoekt men de aard en ernst van de huidige suïcidaliteit en de actuele faciliterende factoren daarin. (2) Vervolgens wordt gekeken naar de stressoren of recente kritische gebeurtenissen (in de voorgaande 4-8 weken) die tot de huidige mate van suïcidaliteit en gevoel van hopeloosheid ('entrapment') hebben geleid. (3) Daarna onderzoekt men de langer bestaande kwetsbaarheidsfactoren, ook wel algemene distale risicofactoren genoemd (bestaand uit vier onderdelen); en (4) vraagt men naar eerder suïcidaal gedrag, ook wel specifieke distale risicofactoren genoemd. In deze laatste wordt ook naar zelfbeschadigend gedrag gekeken. Tot slot worden verwachtingen voor de toekomst (redenen om te leven) uitgevraagd. Men onderzoekt ook de beschermende factoren op elk van de genoemde 4 gebieden. Op basis van deze 4 aspecten formuleert men de structuurdiagnose m.b.t. de suïcidaliteit. Daaropvolgend formuleert men het behandelbeleid.

In geval van emotieregulatie problematiek (of chronische suïcidaliteit) waarbij de jongere niet nu in suïcidale crisis is, maar er wel regelmatig suïcidale crises voorkomen, is het logischer om eerst (3) de langer bestaande kwetsbaarheidsfactoren uit te vragen en (4) eerdere suïcidale crises te analyseren, op basis waarvan men (5) de structuur diagnose opstelt en (6) beleid maakt. Lopende de behandeling is men dan alert op (2) stressoren die de suïcidaliteit kunnen doen opvlammen. Wanneer deze zich voordoen, kunnen eventueel verhoogde waakzaamheid en beleidsaanpassingen plaats vinden bijvoorbeeld in de vorm van tijdelijke verhoging van het aantal contactmomenten (telefonisch/mail of life) om de jongere te ondersteunen en een suïcidepoging te voorkómen. Vervolgens (1) analyseert men de acute suïcidale crisis wanneer deze zich lopende de behandeling voordoet.

Zie verder voor volgorde bij telefonische crisisconsultatie noot 1.

Algemene principes

De Richtlijn noemt een aantal algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ten eerste: 1) *maak contact*. Om een beeld te krijgen van de suïcidale toestand van de jongeren en om eerlijke en open antwoorden te krijgen, moet er een goed contact met de jongere worden gelegd. Wellicht een open deur, maar wanneer er sprake is van suïcidaliteit blijkt dit toch vaak lastig. Het durven doorvragen over de suïcidale gedachten en plannen vraagt moed van de hulpverlener. Het is belangrijk om in een gesprek zich niet te verliezen in veiligheidsafspraken, of snelle oplossingen, maar contact te maken over de suïcidaliteit en wanhoop. Om te durven vragen en nabij te zijn, gevoel en gedrag van de jongere te valideren (begrip te communiceren) en vervolgens een plan te maken waarbij veiligheid en de behandeling van de (korte en langer durende) problemen een plek hebben. Als tweede algemeen principe noemt de Richtlijn: 2) *betrek naasten*, zowel in het verzamelen van diagnostische informatie als in het veiligheids- en behandelplan. Het betrekken van naasten/ouders dient in overeenstemming te zijn met de wet- en regelgeving en recht op privacy en beroepsgeheim (zie noot 2).

Als derde algemeen principe geldt: 3) *zorg voor de veiligheid van de jongere en voor continuïteit van zorg*. Zie hiervoor de opmerkingen onder faciliterende factoren (1) en onder beleid (6).

Tot slot: Aanvullende vragenlijsten m.b.t. suïcidaliteit kunnen als voorbereiding voor het diagnostisch gesprek helpen, maar ook hinderen. Risico kan nooit met behulp van vragenlijsten alleen ingeschat worden. Risico inschatten blijft altijd een inschatting, die de hulpverlener doet op basis alle beschikbare informatie. Het zo goed mogelijk inschatten en handelen biedt geen garantie voor een gunstige uitkomst. Alle behandelingen van suïcidale patiënten zijn en blijven risicovol.

Noot 1:

In geval van telefonische crisis-consultatie wordt altijd met de faciliterende factoren begonnen (waar ben je nu, heb je zelfbeschadigende voorwerpen in handbereik/ ben je in een gevaarlijke situatie, ben je nu onder invloed?). Deze vragen worden direct bij aanvang van het gesprek gesteld, vóór de jongere vertelt waarom hij/zij belt. Zo nodig wordt de jongere eerst gecoacht naar een plek waar in veiligheid het verdere telefoongesprek gevoerd kan worden (bijvoorbeeld eerst weg van het balkon/spoorlijn, mesjes wegleggen uit de kamer, uit de kamer lopen waar de pillen liggen, etc). Vervolgens kan het gesprek gevoerd worden: wordt naar de aanleiding van de crisis, naar emotie en suïcidale gedachten/aandrang gevraagd; de emotie wordt gevalideerd, coping voor korte termijn aangereikt en verdere afspraken gemaakt voor veiligheid en aanpak van het probleem waardoor de crisis ontstond. (D.w.z bespreek waar en wanneer het probleem verder besproken wordt, bijvoorbeeld eerstvolgend systeemgesprek of therapieessie).

Noot 2:

Bij kinderen tot 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijk gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst. Jongeren van 12-16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst. Vanaf 16 jaar is de instemming van ouders wettelijk niet meer nodig (WGBO). Daarnaast vervalt pas bij 18 jaar het ouderlijk gezag, en hebben ouders een wettelijke zorgplicht voor hun kinderen tot hun 21^e jaar.

In de afweging hoe ouders te betrekken/informereren speelt niet alleen de leeftijd, maar ook de ernst van het klinisch beeld en de mate waarin direct handelen noodzakelijk is een rol. Aangeraden wordt om als basishouding te communiceren en ferm uit te stralen dat de ouders áltijd betrokken worden. Wanneer er sprake is van suïcidaliteit, is dit een dermate ernstige zaak dat ouders daarvan op de hoogte moeten zijn. Totale geheimhouding van de suïcidaliteit voor ouders is geen optie. Wanneer echter een jongere van 16 jaar of ouder absoluut niet wil dat ouders/verantwoordelijken op de hoogte worden gebracht van de suïcidaliteit, kan hierdoor bij de hulpverlener een conflict van plichten ontstaan. Ten eerste geldt dan dat wanneer de suïcidaliteit acuut is en er sprake is van direct levensgevaar is de hulpverlener niet gehouden aan zijn geheimhoudingsplicht. Wanneer er geen direct levensgevaar is, kan de hulpverlener een voor de jongere acceptabele lijn zoeken, waarbij deze uitgaat van de ferme basishouding dat ouders (of in samenspraak met ouders anderen uit het netwerk) betrokken moeten worden om een uitweg uit de ellende te vinden. Versterken van de sociale steun en inbedding, verminderen/voorkomen van het gevoel tot last te zijn essentiële ingrediënten van de behandeling. Als er geen sprake is van acuut gevaar kan er samen met de jongere kan toegewerkt worden naar meer openheid. Denk hierbij aan gefaseerdheid in de openheid naar ouders en plaats deze binnen een breder therapeutisch kader bijvoorbeeld van de systeemtherapie. Bespreek in al deze voorbeelden altijd duidelijk met de jongere dat in geval van direct gevaar je áltijd ouders informeert en betreft. Documenteer goed in het dossier waarom besloten is om ouders op de gekozen wijze te betrekken. Eventueel kan overleg plaatsvinden met eerste geneeskundige

1. Kwetsbaarheidsfactoren

Kwetsbaarheidsfactoren in de ontwikkelings- en persoonlijke geschiedenis

Omschrijf welke langer bestaande kwetsbaarheidsfactoren van toepassing zijn. Ga de volgende 4 gebieden na:

- A. Psychiatrische stoornis en ontwikkelingsfactoren
- B. Erfelijke en biologische factoren
- C. Persoonlijkheidskenmerken
- D. Sociale of maatschappelijke problemen

Toelichting:

Uit onderzoek komen de volgende kwetsbaarheidsfactoren naar voren die het risico op suïcidaliteit bij adolescenten verhogen:

- A. Factoren in de ontwikkelingsgeschiedenis:
 - Psychiatrische stoornis
 - Gezinsproblematiek, verstoorde ouder-kindrelatie, ouder met psychische stoornis, verlies ouder(s), verlating(en), grote permanente onrust in gezin
 - Fysiek of seksueel misbruik in verleden, gepest zijn
- B. Erfelijke/biologische factoren:
 - Chronische gezondheidsproblemen, fysieke beperkingen
 - Suïcidaal gedrag in de familie
- C. Persoonlijkheidskenmerken:
 - Man (meer kans op geslaagde poging);
 - Hogere hopeloosheid/wanhoop (gevoel van 'entrapment'); emotiegerichte copingstijl met gebrek aan copingvaardigheden
 - Perfectionisme
 - Neuroticisme in combinatie met impulsiviteit
 - Laag zelfbeeld
 - Homo/bi/transseksualiteit
- D. Sociale/maatschappelijke problemen
 - Gebrek aan sociale support of conflictueuze relaties, gevoel anderen tot last te zijn
 - Werk/school problemen
 - Problemen met politie of justitie
 - Huisvestings- of financiële problemen

Beschermende factoren in de ontwikkelings- en persoonlijke geschiedenis

Omschrijf welke langer bestaande beschermende factoren er zijn:

Toelichting:

Bij langer bestaande beschermende factoren in de ontwikkeling kan men denken aan:

- Goede familiecohesie,
 - Positieve religieuze betrokkenheid,
 - Hecht sociaal netwerk of goede vriendschap,
 - Schoolgang intact; goede intelligentie
 - Humor, etc.
- (Check: elke afwezige risicofactor van hierboven kan een beschermende factor zijn)

2. Eerder suïcidaal gedrag

Kwetsbaarheidsfactoren m.b.t. eerdere suïcidaliteit

Bepaal de frequentie en ernst van eerder suïcidale gedrag. Maak een analyse van triggers. Ga de volgende 4 gebieden na.

- A. Eerdere suïcidepogingen, ernst en frequentie
- B. Eerdere periodes van suïcidale gedachten
- C. Eerdere zelfbeschadiging
- D. Analyse van triggers en bekrachtiging van eerder suïcidaal gedrag

Toelichting:

- A. Eerdere suïcidepogingen:
Beschrijf of er eerdere suïcidepogingen zijn geweest. Hoeveel en hoe ernstig? Daarbij verhoogt het huidige risico bij:
 - Meerdere suïcidepogingen in verleden
 - Gebruik van gevaarlijker middelen
 - Ernstiger letsel
 - Minder kans gevonden te worden
- B. Suïcidale gedachten
Zijn er een eerdere periodes geweest van suïcidale gedachten? Duur en sterkte van de suïcidale intentie?
- C. Zelfbeschadiging
Is er sprake van huidig of eerdere periodes van zelfbeschadiging? Hoe lang, hoe vaak, hoe ernstig is de zelfbeschadiging? Wat is de intentie van de zelfbeschadiging? Heeft de zelfbeschadiging alleen een copingfunctie in de emotieregulatie of is er soms of deels sprake van een (ambivalente) suïcidale intentie
- D. Analyse respondenten (uitlokkende) patronen en operante (belonende) patronen Maak een analyse van de eerdere suïcidaliteit en het zelfdestructief gedrag:
 - 1. Welke situaties waren triggerend? Is er een rode draad te herkennen? (Bijv. verlating, krenking, teleurstelling)
 - 2. Hoe is eerder door omgeving en zorgverleners gereageerd op suïcidaal gedrag. Is daar mogelijk een patroon van suïcidaal gedrag aangeleerd of versterkt? Heeft jongere eerder met

Beschermende factoren m.b.t. suïcidaliteit

Welke specifieke beschermende factoren m.b.t. suïcidaliteit zijn er?

Toelichting:

Beschermende factoren m.b.t. suïcidaliteit
Denk aan: bereikbaarheid van steunend netwerk, continuïteit van zorg, veiligheidsplan, goed contact met hulpverlener, gebruik makend van telefonische consultatie, hoop op verbetering, toekomstplannen/dromen, zorg voor een dier, etc.

verslechtering gereageerd op zorgintensivering of opname?	
---	--

3. Recente stressoren	
<p>Recente stressoren of ingrijpende gebeurtenissen</p> <p>A. Omschrijf welke recente stressoren tot verhoging van de suïcidaliteit en het gevoel van hopeloosheid ('entrapment') hebben geleid:</p> <p>B. Of (bij een lopende behandeling): welke stressoren of ingrijpende levensgebeurtenissen leiden momenteel tot verhoogde waakzaamheid:</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p><u>Recente stressoren:</u> Bekende stressoren of ingrijpende gebeurtenissen die de suïcidaliteit bij jongeren kunnen verhogen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute schoolproblemen/werkproblemen • Interpersoonlijk conflict, vernedering, pesten, verlies of verlating, blauwtje lopen • Strafmaatregelen, ouder-kind conflict • Problemen met politie of justitie, huisvesting of geld • Misbruik, functieverlies door ziekte/ongeluk • (Stervens-)verjaardag van een bekende • Ontslag van kliniek/detentie/ziekenhuis of vakantie of verandering therapeut • Somatische geneesmiddelen met bijwerking depressiviteit/suïcidaliteit • Verandering klinisch beeld (verheviging/psychose/verstilling/ ontstaan van andere bijkomende klachten) • Suïcide(poging) in het netwerk/medepatiënt, suïcide in de media • Gevoel tot last te zijn • Suïcidale intrusies, suïcidaal gepeker <p>Of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifieke triggerende situatie (zie ook de uitkomst analyse onder 4D): wat is de aanleiding van de huidige crisis en wat is de betekenis hiervan voor de jongere? 	<p>Beschermende factoren m.b.t. deze recente stressoren</p> <p>Zijn er specifieke beschermende factoren tegenover deze stressoren?</p> <p><u>Toelichting:</u></p> <p><u>Beschermende factoren bij acute stressoren:</u> Denk bijv. aan beschikbaarheid van steunende sociale/hulpverlenende contacten, gebruik maken van telefonische consultatie, jongere blijft in gesprek, jongere heeft kunnen wennen aan verandering van therapeut/school/kliniek, etc.</p>

4. Huidige suïcidaliteit

Analyse van de aard en ernst van de huidige suïcidale crisis en van de aanwezige faciliterende factoren

- A. Beschrijf de huidige crisis: aanleiding, betekenis hiervan voor de jongere, gedachten, gevoel en aandrang tot handelen, plannen en voorbereidingen. Welke functie vervult het suïcidale (geplande) gedrag? Schat de ernst van de suïcidaliteit in.
- B. Check acuut gevaar, faciliterende factoren en beschikbaarheid van middelen

Toelichting:

Ernst van de suïcidaliteit:

De ernst van de suïcidaliteit kan in volgende stadia onderscheiden worden:

- *Stadium 1: Licht:* af en toe vluchtige gedachten over suïcide, maar nog geen plan. Speelt met idee als mogelijkheid, maar realiseert consequenties voor familie/vrienden
- *Stadium 2: Matig:* jongere is ambivalent, wil dan weer doodgaan, dan weer leven. Suïcidaliteit is impulsief gekleurd. Vaak n.a.v. relationele teleurstellingen. Geen uitgebreide plannen of voorbereidingen.
- *Stadium 3: Ernstig:* voortdurende gedachten en beelden van zelfdoding en een voortdurend wanhopig gevoel. Wil liever sterven dan leven. Verschillende methoden zijn overwogen. Er is een uitgebreid plan met al enige voorbereiding gemaakt. Hij denk dat omgeving beter af is zonder hem. Afscheidsbrieven kunnen zijn gemaakt, maar suïcide kan nog uitgesteld worden.
- *Stadium 4: Zeer ernstig:* Kan alleen nog maar aan suïcide denken, is voortdurend wanhopig, heeft geen oog voor consequenties voor achterblijvers of denkt dat omgeving beter af is zonder hem. Het plan is gemaakt en soms al geoefend. Kan niet langer wachten met doodgaan. Slapeloosheid en emotionele ontreddering, onrust, blikvernauwing. Is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren. Elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot suïcide. Kan ook juist, als beslissing is genomen en plan en datum zijn vastgesteld, weer heel rustig worden en lijkt de jongere op te leven, weer contact aan te gaan.

Analyse van de huidige beschermende factoren en de aard van de gemaakte veiligheidsafspraken

- A. Welke specifieke beschermende factoren m.b.t. suïcidaliteit zijn er?
- B. In hoeverre is de jongere bereid en in staat om betrouwbare veiligheidsafspraken te maken? Kan het netwerk ingeschakeld worden en in de veiligheidsafspraken participeren en is dit betrouwbaar?

Toelichting:

Beschermende factoren

- Denk aan: bereikbaarheid van steunend netwerk, continuïteit van zorg, goed contact met hulpverlener, hoop op verbetering, zorg voor een dier, etc
- Heeft de jongere toekomstplannen in nabije en verdere toekomst; zijn er redenen om te blijven leven?

Bij de ernst of risico inschatting is het zinvol ook de volgende factoren mee te nemen. Uit onderzoek komt naar voren dat het risico op een geslaagde suïcide bij adolescenten groter is bij:

- Meerdere suïcidepogingen in verleden
- Gebruik van gevaarlijker middelen
- Minder kans gevonden te worden
- Frequentere en langduriger suïcidale gedachten
- Sterkere suïcidale intentie: concreet plan, tijdstip, voorbereiding, voorkomen van ontdekking, geringe communicatie
- Minder redenen om te blijven leven
- Een grotere hopeloosheid/ 'entrapment'
- Groot gevoel van niet-verbonden zijn met anderen
- Sterk idee anderen tot last te zijn

Faciliterende factoren zijn factoren die de drempel om suïcide te plegen verminderen in het moment zelf. Denk hierbij aan:

- Beschikbaarheid van middelen
- Onder invloed zijn, bijv. door alcohol of drugs
- Bingedrinking
- Slaapgebrek
- Mate van impulsiviteit
- Afwezigheid van anderen

5. Structuurdiagnose van de suïcidaliteit

Stel een structuurdiagnose van de suïcidaliteit op:

Toelichting:

De structuurdiagnose richt zich op een beschrijving van de suïcidaliteit, in samenhang met de bredere psychopathologie. De structuurdiagnose wordt opgesteld op basis van de verzamelde informatie op voorgaande 4 diagnostische gebieden en bevat de volgende elementen:

1. Beschrijving van de huidige suïcidale toestand (en suïcidaal gedrag in verleden)
2. Beschrijving van de relevante kwetsbaarheidsfactoren
3. Hypothesen over etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag
4. Beschrijving van de relevante recente stressfactoren
5. Mate van wilsbekwaamheid

6. Beleid

Omschrijf (voorlopig) beleid met betrekking tot veiligheid en behandeling op korte en langere termijn.

Toelichting:

1. Behandelpunten:

Uit de structuurdiagnose volgt een individuele inschatting van de prognose, een indicatiestelling voor interventies voor de kortere (dagen) en langere (weken) termijn, en een (voorlopig) behandelplan. De zorg wordt georganiseerd. Hierin wordt ook opgenomen het veiligheidsplan met daarin de veiligheidsafspraken die met jongere en ouders/omgeving zijn gemaakt. Ouders/netwerk wordt betrokken; Zorg dat diagnostiek, behandelbeleid, veiligheidsafspraken en de overwegingen daarbij, gerapporteerd zijn.

Zie voor een voorbeeld van een veiligheids- of crisissignaleringsplan bijlage 2.

2. Omschrijf:

Leg de volgende punten schriftelijk vast

- Vervolgbehandeling op korte (dagen) en langere (maanden) termijn
- Specifieke behandel-elementen die lijden en risico moeten verminderen (bijv. systeemtherapie, telefonische consultatie, signaleringsplan, verbreding netwerk),
- Specifieke afspraken m.b.t. vrijheden en veiligheid. Denk aan reduceren van beschikbaarheid van middelen, organiseren van toezicht en bereikbaarheid van anderen. Beschrijf ook de betrokkenheid van gezin en sociale omgeving in de veiligheidsafspraken
- Behandel-elementen die gericht zijn op onderliggende psychopathologie en de in stand houdende factoren van het suïcidale gedrag
- Als er wordt gekozen voor tijdelijk extra contactmomenten of opname: duidelijke afspraken over duur en doel hiervan
- Consent jongere & ouders m.b.t. behandeling, risico's en hantering ervan.
- Inbedding/overlegstructuur behandelaar (consultatie team, verlengde arm constructie, supervisie en eventueel overige consultatie)

3. Optimaal evenwicht tussen veiligheid vs zelfstandigheid

Alle behandelingen van suïcidale patiënten zijn risicovol. Op save spelen of alle risico's elimineren kan niet. Ook een gesloten opname is geen garantie voor de veiligheid. Men zoekt veeleer naar het optimale evenwicht tussen veiligheid en zelfstandigheid. Waarbij men als lange termijn doel niet de risicobeheersing ziet, maar het vergroten van copingvaardigheden en verhogen van de kwaliteit van leven, terwijl onderwijl gepoogd wordt de adolescent veilig en in leven te houden. Leidraad is: kies de minst intrusieve interventie waarbij men streeft naar:

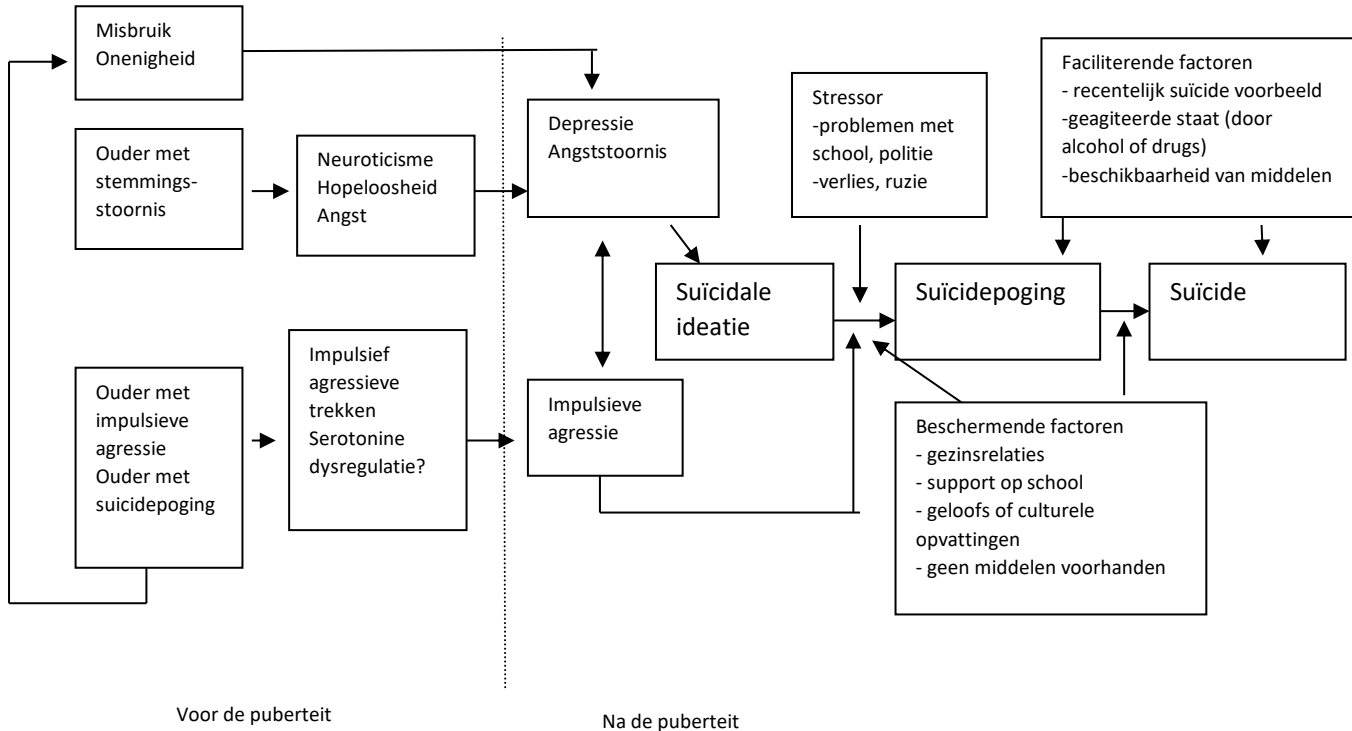
- Zoveel mogelijk de zelfstandigheid van de jongere intact te houden en deze zo snel mogelijk weer te vergroten.
- De jongere nieuwe (crisis)vaardigheden aan te leren waardoor de levenskwaliteit verhoogt. Waarbij deze vaardigheden (zo snel mogelijk weer) in eigen leefsituatie geoefend en toegepast kunnen worden.

De volgende gelaagdheid kan daarvoor gebruikt worden, van minst naar meest intrusief:

- 1) veiligheidsafspraken maken met de jongere zelf in eigen omgeving, ouders hierover informeren,
- 2) veiligheidsafspraken maken met jongere en ouders (of netwerk) waarin ouders een rol spelen/toezicht houden,
- 3) tijdelijke opname waarbij ook zo snel mogelijk toegewerkt naar vergroten van zelfstandigheid en aanleren vaardigheden (waarbij toenemend in intrusiviteit: bed op recept (BOR), korte time-out opname, opname op een open afdeling, opname op een gesloten afdeling, opname middels BOPZ-maatregel). Sta erbij stil of opname inderdaad een meerwaarde heeft boven thuis blijven en houdt ermee rekening dat opname ook (ernstige) nadelige gevolgen kan hebben. Zie hiervoor ook artikel 'Van de regen in de drup' (de Bruin, 2011). Wees alert op eerdere tekenen van verslechtering bij zorgintensivering (bijv regressief gedrag en toename suïcidaliteit bij opname of bij verhogen van gespreksfrequentie). Zie opmerkingen onder 4D.

Figuur 2

Ontwikkeling en risicofactoren van adolescent suïcidaal gedrag
Bridge e.a 2006



Literatuur:

Bridge, J.A., Goldstein, T.R. & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychology and Psychiatry* 47, 3/4, 372-394.

Bridge, J.A., Iyengar, S. Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A. Ren, L. & Brent, D.a. (2007). Clinical response and risk factors for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297, 15, 1683-1696.

Bruin, R. de (2011). Van de regen in de drup. Over het opnemen van suïcidale adolescenten met borderline persoonlijkheidsproblematiek. *Kind en adolescent praktijk* 10, no 1, 4-12.

Bruin, R.M. de, Koudstaal, J.A., & Muller, N. (2013). *Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Hamza, C.A, Shannon, L.S. & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495.

Hawton, K, Saunders, K.E.A. & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382.

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., Groot, M.H. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer B. en Verlinde, A.A. (2012). *Multi Disciplinaire Richtlijn voor Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Trimbos Instituut, Utrecht.

Kerkhof, A.J.F.M. (2008). Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt vooral continuïteit in beleid. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50,5, 289-291.

Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., Connell, A., Argyle, N., Bensemman, C., & Mileshkin, C. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. *Australian Psychiatry*, 12(1), 11-17.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.J. de, Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K van, De Leo, Diego, & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49: 6, 667-677.

Meerdinkveldboom, J. Rood, I., Kerkhof, A.J.F.M. (2016). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren: Individuele en gezinsbehandeling*. Boom uitgevers, Amsterdam.

Miller, A.L.; Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press, New York.

NICE Guideline Self-harm (2004). The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence (NICE).

Paris, J. (2007). Managing suicidal crisis in patients with severe personality disorders. In J.B. van Luyn, S. Akhtar, & W.J. Livesley (Red.). *Severe personality disorders. Everyday issues in clinical practice*. (pp 109-117) Cambridge: Cambridge University Press.

Portzky, G. & van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 227-342.

Schaffer, D., Pfeffer, C.R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R.S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D. & Sham, J. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 7, 24S-51S.

Wilde, E.J. de (2005). *CASE NL. Child and Adolescent Selfharm in Europe. Een onderzoek naar zelfbeschadigend gedrag onder jongeren*. GGD Rotterdam en Omstreken i.s.m. Universiteit van Leiden.