

Richtlijn / **onderbouwing**

Stemmingsproblemen

© 2014 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicatie alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

2e herziene druk 2015

Auteurs

Jolanda Meeuwissen
Paula Speetjens
Daniëlle Meije
Matthijs Oud
Carolien Konijn
Marjolijn Besselse
Esther Heemskerk
Iris de Marez Oyens
Els Rozema
Jeannette Selle
Yvonne Stikkelbroek

Trimbos-instituut

Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht
Postbus 725, 3500 AS Utrecht
Telefoon 030-2971100
E-mail info@trimbos.nl



Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding.....	5
1.1 Relevantie	7
1.2 Doel van de richtlijn.....	10
1.3 Doelgroep van de richtlijn	10
1.4 Uitgangsvragen.....	11
1.5 Juridische betekenis van de richtlijn	11
1.6 Gedeelde besluitvorming.....	12
1.7 Diversiteit.....	14
1.8 Evaluatie/bijstelling/herziening van de richtlijn	14
1.9 Veranderingen in de zorg.....	15
1.10 Leeswijzer	15
1.11 Omschrijving van gebruikte begrippen.....	16
Hoofdstuk 2. Verantwoording/methode.....	17
2.1 De werkgroep en klankbordgroep	18
2.2 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn	18
2.3 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen.....	18
2.4 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal	20
2.5 Tot stand komen van de aanbevelingen.....	20
2.6 Proefimplementatie	20
2.7 Commentaarfase.....	21
2.8 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn	21
Hoofdstuk 3. Risicofactoren en beschermende factoren.....	23
3.1 Inleiding.....	24
3.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	24
3.2.1 Risicofactoren en in stand houdende factoren	24
3.2.2 Beschermende factoren	28
3.2.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling	29
3.2.4 Hoogrisicogroepen voor stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen	29
3.3 Conclusies.....	31
3.4 Praktijkoverwegingen	31
3.5 Aanbevelingen.....	32
Hoofdstuk 4. Signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen.....	33
4.1 Inleiding.....	34
4.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	40
4.2.1 Herkennen van signalen van stemmingsproblemen	40
4.2.2 Screeningsinstrumenten	41
4.2.3 Aard en ernst van de problematiek.....	43
4.2.4 Signaleren van bipolaire problematiek.....	46
4.3 Conclusies.....	47
4.4 Praktijkoverwegingen	47
4.5 Aanbevelingen.....	48



Hoofdstuk 5. Suïcidaliteit	49
5.1 Inleiding.....	50
5.2 Wat zijn signalen voor suicide?	50
5.3 Wat zijn risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor suicide?	51
5.4 Wanneer is direct ingrijpen gewenst?.....	53
5.5 Praktijk overwegingen	54
5.6 Aanbevelingen.....	56
Hoofdstuk 6. Effectieve interventies	59
6.1 Inleiding.....	60
6.2 Zoekmethode.....	60
6.3 Wetenschappelijke onderbouwing.....	61
6.3.1 Algemene evidentie	61
6.3.2 Overzicht interventies.....	62
6.3.3 Interventiebeschrijvingen.....	68
6.4 Aanbevelingen.....	79
6.4.1 Algemene aanbevelingen	79
6.4.2 De aanbevelingen over het inzetten van interventies samengevat	79
Hoofdstuk 7. Samenwerking en afstemming	81
7.1 Praktijkkennis.....	82
7.2 Conclusies.....	87
7.3 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen?.....	87
7.4 Hoe kunnen jeugdprofessionals werken ter ondersteuning van de reguliere interventies zoals aangeboden binnen ambulante en residentiële jeugd-ggz, jgz en jh en in de context van gezin, school en vrije tijd?.....	88
7.5 Wat kunnen hulpverleners doen als interventies gecontra-indiceerd zijn en het aanbod van de jeugd-ggz ontoereikend is?	92
Literatuur	95
Bijlagen	105
Bijlage 1 Niveau van bewijs volgens DEJ	105
Bijlage 2 Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009).....	107



Hoofdstuk 1

Inleiding



Inleiding

Voor u ligt de Onderbouwing van de *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*. De *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*, en deze onderbouwing ervan, zijn primair bedoeld voor de jeugdprofessionals¹, om uniforme handvatten te bieden voor zorg door jeugdprofessionals, gericht op zowel de jeugdigen met stemmingsproblemen als de ouders of verzorgers van deze kinderen en jongeren. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen² en hun ouders³.

De richtlijn legt met name de focus op het pedagogisch handelen en het pedagogische proces. Vanuit het pedagogische perspectief is het van belang om rekening te houden met de systemen om de cliënt heen (de opvoedingscontext). Door de opvoedingscontext van een jeugdige mee te nemen in de interventie (de context van gezin, school en vrije tijd, bijvoorbeeld door ondersteuning aan ouders en samenwerking met het onderwijs en groepswerkers), wordt de leefomgeving van de jeugdige tevens ondersteund in het omgaan met (het gedrag van) de jeugdige. Dit kan een positieve invloed hebben op het ontwikkelproces van de jeugdige en ook de slaagkans van de hulp vergroten, met minder kans op terugval. Het perspectief van zowel jeugdprofessionals als van ouders/verzorgers en jeugdigen zelf is zoveel mogelijk meegenomen bij de praktijkoverwegingen en bij het formuleren van de aanbevelingen in de richtlijn. Bij het zoeken naar wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnaanbevelingen is geen beperking geweest tot het pedagogische perspectief.

Afbakening

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling werden meestal aangedragen door professionals in de jeugdhulp. Ze betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Ook werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Vervolgens werden twee gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met jeugdprofessionals, wetenschappers en cliënten in de jeugdhulp. Tijdens deze sessies werden onderwerp en de daarin optredende knelpunten zorgvuldig afgebakend en geanalyseerd. Uiteindelijk leidde dit tot een zogenaamde 'informatiekaart' met daarop de belangrijkste knelpunten en uitgangsvragen die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

Stemmingsproblematiek kent een continuüm van stemmingsproblemen (of subklinische depressie) naar stemmingsstoornissen en er zijn verschillende verschijningsvormen die samenhangen met de leeftijd of de ontwikkeling van de jeugdige (zoals wordt toegelicht in hoofdstuk 4).

¹ Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragwetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) bedoeld als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers. Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak.

² Met 'kinderen' worden jeugdigen van zes tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen vanaf twaalf jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

³ Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

De *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming* is gericht op jeugdigen vanaf 6 jaar in de jeugdhulp met stemmingsproblemen.

Stemmingsproblemen zijn in deze richtlijn gedefinieerd als ‘stemmingsproblemen’ volgens categorie 103 in de CAP-J (het Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdzorg – zie Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009), of als ‘stemmingsstoornissen’ volgens de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013). Onder de stemmingsproblemen vallen verdriet, somberheid, affectlabiliteit en verliesverwerking. De stemmingsstoornissen zijn beperkt tot een ‘depressieve stoornis, eenmalige episode’ (code 296.2x) of een ‘depressieve stoornis, recidiverend’ (code 296.3x), tenzij anders aangegeven. Diagnostiek en behandeling van de bipolaire stoornis wordt in deze richtlijn niet uitgebreid besproken, aangezien de verantwoordelijkheid hiervoor niet bij de jeugdhulp ligt maar bij de jeugd-ggz. Wel is tijdige herkenning en doorverwijzing relevant, en daarom zullen de risicofactoren en signalen van deze stoornis wel worden beschreven. Dysthyme stoornis (persisterende depressieve stoornis; APA, 2013) wordt in deze richtlijn niet specifiek besproken.

Focus van deze richtlijn

De focus van de richtlijn ligt op:

- *Signalering van stemmingsproblemen en stemmingstoornissen* bij kinderen en jeugdigen in de jeugdhulp
- *Interventies* voor kinderen en jeugdigen met een *verhoogd risico op stemmingsproblemen* of met *lichte stemmingsproblemen* in de jeugdhulp, ter preventie van verergering van de problematiek, gericht op de kinderen en jeugdigen zelf danwel op de ouders/verzorgers of sociale omgeving van deze kinderen en jeugdigen.
- *Interventies* voor kinderen en jeugdigen met *stemmingsproblemen of stemmingstoornissen* in de jeugdhulp, gericht op de kinderen en jeugdigen zelf danwel op de ouders/verzorgers of sociale omgeving van deze kinderen en jeugdigen.

Deze richtlijn staat niet op zichzelf, maar sluit aan bij andere richtlijnen die zijn opgesteld voor de jeugdsector (jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz).

1.1 Relevantie

Een uniforme richtlijn voor het signaleren, vaststellen en behandelen van stemmingsproblemen is om meerdere redenen van belang.

Prevalentie van stemmingstoornissen

Uit prevalentie- en prognosecijfers blijkt dat stemmingsproblemen veelvuldig voorkomen bij jeugdigen (Addendum Jeugd, 2009). Over het algemeen neemt de prevalentie van depressie geleidelijk toe met de leeftijd om dan vanaf de vroege adolescentie een vrij snelle groei te kennen tot in de volwassenheid. Volgens Nederlands onderzoek is de prevalentie bij kinderen tussen de 6 en 12 jaar geschat op 1,8% (in de leeftijd tot en met 5 jaar wordt de prevalentie geschat op 0,9%)(Van Dorsselaer et al., 2010). Van de jongeren van 13-18 jaar heeft 3,8% een depressie (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Een subklinische depressie komt voor bij



21,4% van de jongeren van 13-17 jaar (Smit, Bohlmeijer, & Cuijpers, 2003). Onderzoek uit 2003 naar de gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland (HBSC-studie) laat zien dat in totaal 20,7% van de jongeren van 11-17 jaar last heeft van internaliserende problemen, waarvan 8,3% angstige/depressieve problemen rapporteert (Ter Bogt, Van Dorsselaer, & Vollebergh, 2003). De meest recente HBSC-studie uit 2009 laat zien dat 12,4% van de jongeren in de leeftijd van 11-16 jaar emotionele problemen (zoals stemmingsproblemen, depressies en psychosomatische klachten) rapporteert, maar er zijn grote verschillen tussen jongens en meisjes (Van Dorsselaer et al., 2010).

Vanaf de adolescentie liggen de prevalentiecijfers nog hoger met cijfers die schommelen tussen de 0,4% en 8,3% (Van Dorsselaer et al., 2010). De verhouding jongens/meisjes is 1:1 bij kinderen en 1:2 bij adolescenten. Studies omtrent het voorkomen van de dysthyme stoornis¹, waarbij er minder symptomen zijn, maar deze wel al tenminste 2 jaar aanhouden, rapporteren een prevalentie van 0,6% tot 1,7% bij kinderen en 1,6% tot 8,0% bij adolescenten.

Prevalentie depressie bij kinderen en jongeren samen (0-24 jaar)

Op basis van huisartsenregistratie (RIVM, 2007) is vast te stellen hoeveel kinderen en jongeren er bij de huisarts komen die vervolgens de diagnose depressie krijgen. In de leeftijd 0-4 jaar en 5-9 jaar gaat dat bij jongens om 0,2% en bij meisjes om 0%. In de leeftijdsgroep 10-14 jaar is dat 1,2% van de jongens en 1,2% van de meisjes. Bij 15-19 jarigen is het 3,1% van de jongens en 12,8% van de meisjes. In de leeftijd 20-24 jaar gaat het om 7,2% van de jongens en 21,6% van de meisjes. Uit het onderzoek van Tick e.a. (2007), waarbij ouders als bron worden gebruikt, werd voor de schaal teruggetrokken/depressief 1,8% van de jongeren van 6-16 jaar gerapporteerd. In het onderzoek van Tick e.a. (2007) komt naar voren dat volgens leraren 1,6% van de jongeren van 6-16 jaar op de schaal teruggetrokken/depressief scoort.

Prevalentie depressie bij kinderen op de basisschool

Bij jonge kinderen (voor de puberteitleeftijd) is nog geen landelijk dekkend prevalentieonderzoek gedaan. De schatting is dat 0,9% van de kinderen tot 5 jaar en 0,5% tot 2,5% van de kinderen in de basisschoolleeftijd een depressie ervaart (De Wit & Kroesbergen 1992; Birmaher, et al. 1996; AACAP, 1998; Smit et al., 2003).

Prevalentie depressie bij kinderen in voortgezet onderwijs

Uit onderzoek van Verhulst e.a. (1997) blijkt dat 2,8% van de jongeren van 13-17 jaar een depressie heeft als de jongeren zelf als informant worden gebruikt. Van de jongeren geeft 1,5% aan een dysthyme stoornis te hebben. Voor alle stemmingsstoornissen in totaal geldt een percentage van 4,6%. Tick e.a. (2008) kwamen met behulp van zelfrapportage tot de conclusie dat in totaal 19,3% van de jongens en 19,7% van de meisjes van 11-18 jaar internaliserende problemen had. Het ging daarbij bij 8,7% van de jongens en 9,3% van de meisjes om angstige of depressieve klachten, bij 14,8% van jongens en 11,4% van de meisjes om teruggetrokken gedrag en bij 9,0% van de jongens en 15,8% van de meisjes om somatische klachten.

⁴ Voor de definitie van 'dysthyme stoornis' zie hoofdstuk 3.

De impact van depressie blijkt nog meer uit longitudinale studies betreffende het beloop van de symptomen. Zo blijkt uit verschillende studies dat wie eenmaal een depressie heeft gehad, een grote kans heeft om steeds in nieuwe depressieve periodes terug te vallen. Binnen vijf jaar heeft 70% een nieuwe depressieve episode. Naar schatting ontwikkelt 30% een bipolaire stoornis (Addendum Jeugd, 2009).

Gevolgen

Stemmingsproblemen belemmeren het functioneren van kinderen op veel verschillende gebieden. Kinderen met stemmingsproblemen trekken zich vaak terug. Het gevolg daarvan is dat deze kinderen belangrijke sociale vaardigheden niet of niet voldoende ontwikkelen. Ook voelen ze zich vaker verdrietig, alleen en geïsoleerd. Stemningsproblemen op jonge leeftijd kunnen bovendien een negatieve invloed hebben op andere gebieden en kunnen het goed uitvoeren van ontwikkelingstaken die bij een bepaalde levensfase passen in de weg staan. Zo kunnen stemmingsproblemen op jonge leeftijd een negatieve invloed uitoefenen op schoolprestaties. Ook kunnen stemmingsproblemen leiden tot problemen in het omgaan met andere kinderen. Uiteindelijk kan een depressie op jonge leeftijd zelfs van invloed zijn op de latere beroepsloopbaan (Smit, Bohlmeijer & Cuijpers, 2003). Na stemmingsproblemen krijgen kinderen en jongeren vaak andere problemen, zoals onhandelbaar of teruggetrokken gedrag, problematisch middelengebruik en een slechtere lichamelijke gezondheid.

Een depressie bij adolescenten (en volwassenen) is bovendien één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcidaal gedrag en dit suïciderisico wordt groter naarmate er meer sprake is van een combinatie met andere stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen of chronische psychische stoornissen (Smit et al., 2003).

Ouders van kinderen met stemmingsproblemen worden zwaar op de proef gesteld. Het is pijnlijk voor hen om hun kind te zien lijden onder het leven. Het gedrag van het kind heeft invloed op het hele gezinssysteem. De wijze waarop de omgeving omgaat met de situatie kan positieve of negatieve gevolgen hebben voor de situatie van het kind. Het is belangrijk dat ouders zich snel realiseren dat zij en hun kinderen tot een risicogroep behoren. Vroegtijdige onderkenning en behandeling is van belang in deze situatie (Nji Informatie Stemningsproblemen, 2011; Addendum Jeugd, 2009).

Kwaliteitsverbetering

In de jeugdhulp wordt op verschillende manieren gewerkt aan kwaliteitverbetering, onder meer door het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten. Zo is er in de afgelopen jaren gewerkt aan een methodologie voor praktijkonderzoek in de jeugdhulp (Van Yperen en Veerman, 2008) en er is de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) ingericht, die een katalyserende werking heeft op het gebruik en de ontwikkeling van werkzame interventies in het jeugdhulpaanbod (Dronkers & van Rossum, 2009).

De ontwikkeling van richtlijnen voor de jeugdhulp is een volgende stap naar verdere kwaliteitsverbetering. Met deze *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming* kan systematisch gewerkt worden aan het voorkomen of verminderen van stemmingsproblemen bij kinderen en jeugdigen.



1.2 Doel van de richtlijn

Doel van deze richtlijn is het verbeteren van de kwaliteit van de jeugdhulp door het bieden van aanbevelingen en uniforme, praktische handvatten voor professionals in de jeugdhulp. Met jeugdprofessionals worden hier jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers in de jeugdhulp bedoeld. De aanbevelingen en handvatten betreffen hier het pedagogisch handelen en doen van doorverwijzingen met betrekking tot kinderen en jeugdigen met stemmingsproblemen. Het gaat hierbij zowel om ambulante hulpverlening (signalering, preventie, interventies) als om hulpverlening in residentiële settingen (inclusief gesloten jeugdhulp en justitiële jeugdhulp) en de Centra voor Jeugd en Gezin.

De richtlijn biedt een samenvatting van de (internationale) wetenschappelijke kennis met betrekking tot signalering en interventies (preventieve en curatieve interventies), binnen het veld van de jeugdhulp. Voor zover er geen evidence-based kennis beschikbaar is, brengt de richtlijn consensus-based kennis en best-practices in kaart. De richtlijn geeft richting en uniformiteit aan het handelen van beroepskrachten in de jeugdhulp door de geïnventariseerde kennis te vertalen naar aanbevelingen en praktische handvatten voor signalering, preventie en (pedagogische) interventies voor stemmingsproblemen.

1.3 Doelgroep van de richtlijn

Kinderen en jeugdigen met stemmingsproblemen en hun ouders/verzorgers zijn de eindgebruikers van deze richtlijn. Professionals in de jeugdhulp vormen de intermediaire doelgroep. De richtlijn, inclusief werkkaarten, en dit document met de onderbouwing van deze richtlijn, zijn bestemd voor de professionals in de jeugdhulp. In deze richtlijn is ook aangegeven hoe de jeugdprofessional ondersteuning kan geven aan professionals in andere (zorg)settings, zoals binnen het onderwijs.

De richtlijn dient uiteindelijk ten goede te komen aan de cliënten – de jeugdigen en hun ouders/verzorgers. In deze zin zijn zij de doelgroep. Maar dat wil niet zeggen dat de richtlijn en de onderbouwing daarvan voor hen leesbaar moeten zijn. Bij elke richtlijn wordt namelijk een aparte cliëntversie gemaakt. De richtlijn zelf, en de onderbouwing ervan, zijn primair bedoeld voor de jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken.

Evidence-based kennis voor de praktijk

Het algemene doel van richtlijnen is het geven van aanwijzingen voor het handelen van beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties of met betrekking tot bepaalde doelgroepen. Richtlijnen helpen om gewenst handelen te bevorderen en ongewenste variatie in dat handelen te voorkomen. Richtlijnen zijn gebaseerd op de beschikbare kennis over het betreffende onderwerp. Dit betreft *evidence-based* kennis in ruime zin zoals gedefinieerd door Sackett e.a. (2000), dat wil zeggen berustend op de integratie van bewijs uit onderzoek, praktijkkennis (expertise) en cliëntvoorkeuren. Praktijkkennis en cliëntvoorkeuren zijn hierbij van even groot belang als bewijs uit onderzoek. In deze definitie wordt aangesloten op de Databank Effectieve (DEJ). De ontwikkeling van richtlijnen maakt de aanwezige kennis over het onderwerp inzichtelijk en geeft beschikbare kennis samengevat voor beroepskrachten weer. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat richtlijnen de besluitvorming van de professional niet overnemen,



maar het belang benadrukken van professionele autonome verantwoordelijkheid voor goede zorg. Uiterste zorg is om deze reden besteed aan het zo formuleren van deze richtlijn dat professionals in de jeugdhulp er iets aan hebben en het een waardevolle aanvulling is voor hun handelen (Dronkers & van Rossum, 2009). Hiermee zal het handelen door de professionals in de jeugdhulp kunnen versterken, zowel binnen de jeugdhulp als in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg en de Jeugd-ggz.

1.4 Uitgangsvragen

De uitgangsvragen van deze richtlijn zijn geformuleerd op basis van een knelpuntenanalyse die de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp (RAC-J) heeft uitgevoerd. In bijlage 2 staan alle oorspronkelijke uit de knelpuntenanalyse geformuleerde vragen.

Uit de knelpuntenanalyse zijn een aantal overkoepelende onderwerpen naar voren gekomen die behandeld worden in de *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming* (zie *Focus van deze richtlijn*). Overwegingen bij deze prioritering zijn geweest dat de kennis over het vroegtijdig herkennen van stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen beperkt is, dat de kennis over effectieve, laagdrempelige preventieve interventies voor kinderen en jeugdigen met een verhoogd risico op stemmingsproblemen of stemmingsstoornissen of met lichte stemmingsproblemen beperkt is, en dat de kennis over effectieve interventies voor kinderen en jeugdigen met stemmingsproblemen of stemmingsstoornissen beperkt is.

1.5 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een 'veldnorm' genoemd. Richtlijnen



zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen 'dictaat'. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij⁵ móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan de tuchtrechter.

1.6 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betreft. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert namelijk het effect van de hulpverlening. Uitgangspunt is dan ook dat de wensen en verwachtingen van de ouders en jeugdigen leidend zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het zorgproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist niet? Aan de mening van de jeugdige wordt passend gewicht toegekend waarbij niet de leeftijd maar de capaciteiten leidend zijn. In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn. Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (shared decision making) op gang. Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;

⁵ In verband met de leesbaarheid gebruiken we de mannelijke vorm. Maar waar 'hij' staat, kan uiteraard ook 'zij' worden gelezen.

- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij de jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee.

Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeoptyes zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.



De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

1.7 Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met zowel de ouder(s) als de jeugdige van belang. Nu vinden niet alle ouders (en jeugdigen) het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. Neem daarom voldoende tijd om dit vertrouwen te winnen. Houd er rekening mee dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben dan jijzelf. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan jij denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. Onderzoek met welke verwachtingen de ouders komen en wees je bewust van de verwachtingen die jij van de ouders hebt. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids)instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties zul je meer tijd nodig hebben om het vertrouwen te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. Zorg daarom voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en kies voor een interventie die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de kinderen.

1.8 Evaluatie/bijstelling/herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik ervan. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is.

Gedurende de looptijd van het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (tot april 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

Met de transitie van de zorg voor jeugd naar de gemeente kan het vóórkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het vóórkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op het voorkómen of verminderen van stemmingsproblemen, al naar gelang de aanbevelingen. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de jeugdhulpinstelling. Gebruik deze richtlijn daarbij als onderbouwing. De jeugdhulpinstelling kan vervolgens in overleg treden met de gemeente en gezamenlijk zoeken naar een oplossing.

1.9 Veranderingen in de zorg

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdzorg en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

1.10 Leeswijzer

Deze onderbouwing van de *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor alle jeugdprofessionals die met het onderwerp van de richtlijn te maken hebben. Indien de richtlijntekst uitsluitend is bedoeld voor een specifieke discipline, dan is dit expliciet aangegeven. Indien we spreken van *stemmingsproblemen*, dan worden zowel stemmingsproblemen volgens de CAP-J als subklinische depressie volgens de DSM-5 bedoeld. Indien de richtlijntekst *stemmingsstoornissen* of een *depressieve episode* betreft, dan is dit expliciet vermeld.

De richtlijn voor de jeugdhulp is te zien als de eerste fase in de behandeling van stemmingsproblemen vanaf zes jaar en betreft ook (lichtere) stemmingsproblemen (naast *stemmingsstoornissen*). Wanneer er sprake is van een *stemmingsstoornis* is naast de onderhavige richtlijn voor jeugdprofessionals eveneens het *Addendum Depressie bij Jeugd* van kracht (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Dit is een addendum bij de *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie* die is ontwikkeld voor volwassenen met een depressie (Spijker, Bockting et al., 2013). Aandachtspunten en aanbevelingen in het *Addendum Depressie bij Jeugd* die van belang zijn voor jeugdprofessionals zijn opgenomen in deze *Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*.

Met gespecialiseerde zorg wordt in deze richtlijn bedoeld: de zorg die door BIG-geregistreerde beroepen, gespecialiseerd in stemmingsstoornissen, wordt uitgevoerd, zoals door GZ-psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en andere bevoegde en bekwame professionals. Andere bevoegde en bekwame professionals kunnen zijn: de orthopedagoog-generalist (volgens het NVO-register) en de kinder & jeugd-psycholoog (volgens het NIP-register), mits de voorgestelde wetswijziging doorgaat.

In hoofdstuk 2 volgt een beschrijving van de verantwoording en werkwijze van de ontwikkeling van de richtlijn. In hoofdstuk 3 worden de risico-, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen uiteengezet. Kennis hiervan is van groot belang om jeugdigen met stemmingsproblemen tijdig te kunnen signaleren, diagnosticeren en behandelen. In hoofdstuk 4 wordt een aantal bruikbare instrumenten besproken waarmee de aard en ernst van stemmingsproblemen kan worden vastgesteld. Hoofdstuk 5 gaat specifiek in op suïcidaliteit, aangezien stemmingsproblemen hiervoor een grote risicofactor vormen. In hoofdstuk 6 komen de interventies aan bod die ingezet kunnen worden om stemmingsproblemen te behandelen of te voorkomen. In hoofdstuk 7 staan aandachtspunten in de samenwerking en afstemming met

andere partijen centraal. Ook presenteren we in dit hoofdstuk een aantal checklists met punten die deze samenwerking en afstemming kunnen bevorderen.

1.10 Omschrijving van gebruikte begrippen

Ter bevordering van de leesbaarheid is in deze richtlijn een aantal keuzes in terminologie gemaakt.

- De term 'stemmingsproblemen' verwijst naar 'stemmingsproblemen' volgens de CAP-J, ofwel 'stemmingsstoornissen' volgens de DSM-5.
- 'Jeugdige' verwijst naar kinderen van alle leeftijden. 'Kind' verwijst naar jeugdigen onder de 12 jaar, 'jongere' naar jeugdigen vanaf 12 jaar.
- Met ouder/opvoeder wordt de primaire opvoeder van het kind bedoeld, dat wil zeggen diegene die de opvoeding en verzorging van het kind grotendeels op zich neemt.
- Er is gekozen te spreken van jeugdprofessionals indien zowel jeugdzorgwerkers als gedragswetenschappers in de jeugdhulp worden bedoeld, en van beroepsopvoeders als jeugdprofessionals specifiek in residentiële settings worden bedoeld.
- De aanduiding 'gedragswetenschapper' wordt gebruikt voor (school)psychologen en orthopedagogen.
- In de hoedanigheid van diagnosticus, wordt de gedragswetenschapper als zodanig aangeduid.
- De term 'schooluitval' wordt zowel gebruikt voor de uitstroom van leerlingen zonder diploma als voor uitstroom zonder startkwalificatie (voortijdig schoolverlaten). Onder schoolverzuim wordt spijbelen of ongeoorloofd verzuim tot vier weken verstaan.
- Leerkrachten in het basisonderwijs en docenten in het voortgezet onderwijs worden aangeduid met de term 'leraar'.

Hoofdstuk 2

Verantwoording/methode



2.1 De werkgroep en klankbordgroep

De *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door de Werkgroep Stemningsproblemen in de jeugdhulp, bestaande uit de volgende leden:

- Drs. Y.A.J. (Yvonne) Stikkelbroek, universitair docent en klinisch psycholoog BIG (voorzitter)
- Drs. J. A. C. (Jolanda) Meeuwissen, psycholoog, Trimbos-instituut (projectleiding)
- Drs. C. (Carolien) Konijn, beleidscoördinator effectieve jeugdhulp
- Drs. M. (Marjolijn) Besselse, gedragsdeskundige
- Mw. E. (Esther) Heemskerk, voorpostfunctionaris Bureau Jeugdzorg/medewerker Centrum voor Jeugd en Gezin
- Drs. I. (Iris) de Marez Oyens, GZ-psycholoog/gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist (gios)
- Drs. D. (Daniëlle) Meije, Trimbos, instituut, wetenschappelijk medewerker
- Drs. M. (Matthijs) Oud, Trimbos-instituut, junior wetenschappelijk medewerker
- Drs. E. (Els) Rozema, orthopedagoog
- Mw. A.M. (Jeannette) Selle, BSc, pedagoog
- Drs. P.A.M. (Paula) Speetjens, Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker

De klankbordgroep bestaat uit de volgende leden:

- Drs. K. (Kathinka) Knook van Ammers, gedragswetenschapper in de jeugdhulp
- Drs. C.M.A. (Elly) van Laarhoven-Arts, klinisch psycholoog, gedragstherapeut
- Drs. C. (Cécile) Gunning, klinisch psycholoog-psychotherapeut
- Mw. W. (Wil) Sarioglu, maatschappelijk werker
- Dr. E.J. (Erik Jan) de Wilde, psycholoog

2.2 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)⁶ benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

⁶ Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.

2.3 Onderwerpkeuze en samenstelling uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling zijn meestal aangedragen door professionals in jeugdhulp en jeugdbescherming. Maar ook andere betrokkenen bij de zorg konden voorstellen doen. De onderwerpen betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem.

Vervolgens werd bekeken of het onderwerp wel geschikt was om een richtlijn voor uit te brengen. Een belangrijke afweging is bijvoorbeeld of er wel voldoende kennis beschikbaar is om praktische aanbevelingen op te baseren. Deze aanbevelingen moeten het handelen van de professionals, en daarmee de zorg daadwerkelijk verbeteren.

Of voor een bepaald probleem al dan geen richtlijn is ontwikkeld, werd bepaald na zorgvuldige afbakening en analyse van het onderwerp en de daarin optredende knelpunten. Hiertoe werden gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met een (focus)groep die bestaat uit professionals, wetenschappers en cliënten in de jeugdhulp. Het resultaat van deze sessies is een zogenaamde 'informatiekaart' waarop de belangrijkste knelpunten in beeld zijn gebracht, plus de uitgangsvragen die daaruit volgen en die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

De gehanteerde methode heeft in het algemeen tot een door het veld herkenbare set uitgangsvragen geleid, zo blijkt uit de resultaten van een enquête die ter controle breed in het veld is verspreid⁷. In enkele gevallen werden extra interviews of focusgroepen ingezet om tot een bruikbare en door het veld gedragen set uitgangsvragen te komen.

Per richtlijnonderwerp werden twee denksessies georganiseerd, waaraan telkens ongeveer tien mensen deelnamen. Sommige mensen deden twee keer mee, anderen een keer. In totaal dachten er per onderwerp ongeveer vijftien mensen mee. Zij beschikken allemaal over expertise op het gebied van het betreffende onderwerp. De meeste deelnemers werken als hulpverlener in de jeugdhulp. Een aantal deelnemers doet wetenschappelijk onderzoek naar het onderwerp. Sommigen combineren deze functies. Ook was er een cliëntvertegenwoordiger bij de sessies aanwezig om te helpen het probleem vanuit cliëntperspectief te benaderen.

De denksessies stonden onder leiding van twee ervaren kaartenmakers van De Argumentenfabriek⁸. Een gestructureerde werkmethode, verwant aan de delphi -methode, zette de deelnemers flink aan het denken. De centrale vraag was steeds: 'welke knelpunten zijn er op het gebied van dit onderwerp, en op welke vragen moet een richtlijn vervolgens antwoord geven?'

Tijdens de eerste denksessie inventariseerde de gespreksleider de knelpunten die in de praktijk ervaren werden. De uitkomst van deze sessie leidde tot een concept-knelpuntenanalyse. Tijdens de tweede sessie werd dit concept aangepast.

⁷ Smits, M. (2012), Onderzoeksrapport evaluatie methode knelpuntenanalyse, NJi, Utrecht.

⁸ Dr.M. de Vries, drs. D. Coenen, Argumentenfabriek, Amsterdam

Vervolgens kozen de deelnemers welke knelpunten zij het liefst in een richtlijn behandeld wilden zien. Elke deelnemer kon een beperkt aantal knelpunten kiezen. Dat waren er meestal een stuk of vijf, afhankelijk van de totale hoeveelheid knelpunten. De knelpunten die het hoogst scoorden, kwamen centraal te staan in de richtlijn. Hierop formuleerden de deelnemers per knelpunt de vragen die zij in de richtlijn beantwoord wilden zien. De Argumentenfabriek schoonde deze vragen op. Zo nodig werden ze geherformuleerd om ze specifiek te maken en af te bakenen (voor wie, wat, vergeleken met wat, met welk doel).

Het nieuwe concept werd daarna voorgelegd aan de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp, waarbij in samenspraak met De Argumentenfabriek onduidelijkheden en feitelijke onjuistheden werden aangepast.

Ten slotte zette de Argumentenfabriek de knelpuntenanalyse om in een knelpuntenkaart, vormgegeven in hun eigen stijl. Deze kaart vormde de basis voor de ontwikkeling van de richtlijn. In samenspraak met de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp zijn door de programmaleiding of de ontwikkelaar van de richtlijn nadien nog noodzakelijke aanscherpingen van of wijzigingen in de uitgangsvragen aangebracht.

2.4 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.

2.5 Tot stand komen van de aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare 'evidence'. Dit is een ruim begrip. 'Evidence' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeur van cliënten voor de ene of andere behandeling. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde 'overige overwegingen' van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's. Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

2.6 Proefimplementatie

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan (Spoelstra, Stals, Moenandar & Goorden, 2014). Voor elke proefinvoering is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant was. Uiteindelijk hebben vijf teams, verdeeld over drie organisaties voor

jeugdhulp, gedurende drie maanden de richtlijn uitgeprobeerd.

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven.

Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgeprobeerd werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn verwerkt in de eindversies van de richtlijnproducten.

2.7 Commentaarfase

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen.

- De Richtlijn Adviescommissie Jeugdhulp (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Pharos, kennis- en adviescentrum voor de gezondheid van migranten en laagopgeleiden, heeft geadviseerd over de cultuursensitiviteit van de richtlijn.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

2.8 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (tot april 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.



Hoofdstuk 3

Risicofactoren en beschermende factoren



In dit hoofdstuk worden uitgangsvragen 1a en 1b beantwoord:

- 1a. *Wat zijn risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor stemmingsproblemen?*
- 1b. *Welke (groepen) kinderen lopen meer risico op stemmingsproblemen dan andere kinderen?*

De signalen van stemmingsproblemen (uitgangsvraag 1c) worden besproken in hoofdstuk 2.

3.1 Inleiding

Of jeugdigen stemmingsproblemen ontwikkelen, hangt af van verschillende factoren die vaak met elkaar samenhangen. Sommige van die factoren, de zogenaamde risicofactoren en in stand houdende factoren, bedreigen een goede ontwikkeling. Daarnaast zijn er beschermende factoren die jeugdigen juist helpen in hun ontwikkeling. Jeugdigen krijgen problemen wanneer de beschermende factoren onvoldoende tegenwicht bieden aan de risico- en in stand houdende factoren. Meestal zijn het twee of drie langer bestaande psychosociale risico's die leiden tot de eerste depressieve periode (MDR Depressie Jeugd, 2009). Bekend is dat het risico op een depressie voornamelijk wordt gevormd door een interactie van erfelijke factoren met omgevingsfactoren (Birmaher et al., 1996; Caspi et al., 2003; Kendler et al., 2005; Pilowsky et al., 2006; Pine et al., 1998; Reinherz et al., 2003; en Weissman et al., 2005 en 2006b in Birmaher et al., 2007). Het risico op het krijgen van problemen wordt groter als verschillende factoren na elkaar van invloed zijn of zich opstapelen: hoe meer factoren er aanwezig zijn, hoe ongunstiger de uitkomst (Smit et al. 2003; Hermanns et al., 2005).

Een aantal van deze risicofactoren komt voor bij kwetsbare groepen met recht op bijzondere zorg die zijn aangewezen in het internationale jeugdrecht: kinderen met een handicap, kinderen die slachtoffer zijn van geweld, vluchtelingkinderen en kinderen die in Nederland verblijven zonder verblijfsvergunning (ongedocumenteerde kinderen).

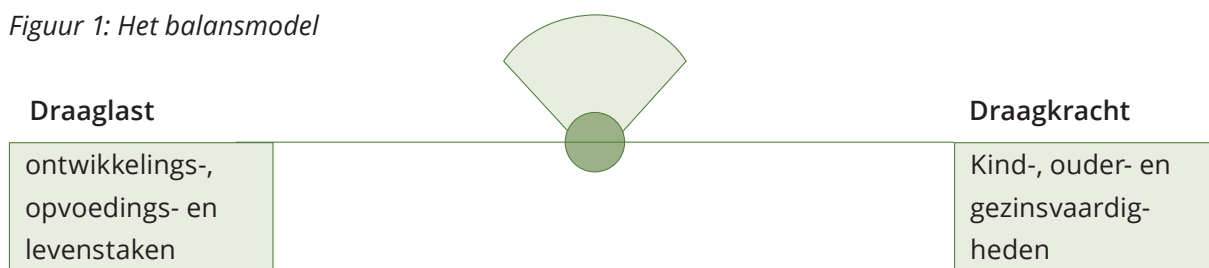
Hierna wordt ingegaan op de belangrijkste risico-, in stand houdende en beschermende factoren. Daarbij geldt dat de te beïnvloeden risico-, in stand houdende en beschermende factoren aangrijpingspunten vormen voor preventie en behandeling, zoals in de hoofdstukken hierna zal worden uitgewerkt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de factoren levensgebeurtenissen, leefomgeving, school, ouders en het kind zelf. Daarna wordt ingegaan op de vraag welke (groepen) kinderen meer risico lopen op het ontwikkelen van stemmingsproblemen dan andere kinderen.

3.2 Wetenschappelijke onderbouwing

3.2.1 Risicofactoren en in stand houdende factoren

Deze paragraaf beschrijft de risico- en in stand houdende factoren die de kans op het ontwikkelen van stemmingsproblemen vergroten. De indeling naar kindfactoren, ouderfactoren en factoren in de leefomgeving is gehanteerd, omdat deze het best aansluit bij de bestaande wetenschappelijke literatuur over stemmingsproblemen. Het balansmodel van Bakker, Bakker, van Dijke & Terpstra (1998), het ecologische model van Bronfenbrenner (Eeldering, 2002) en het overzicht van De Wit (1997) structureren de vele factoren die van invloed zijn bij jeugdigen en het gezin op het ontstaan, in stand houden en verergeren van stemmingsproblemen.

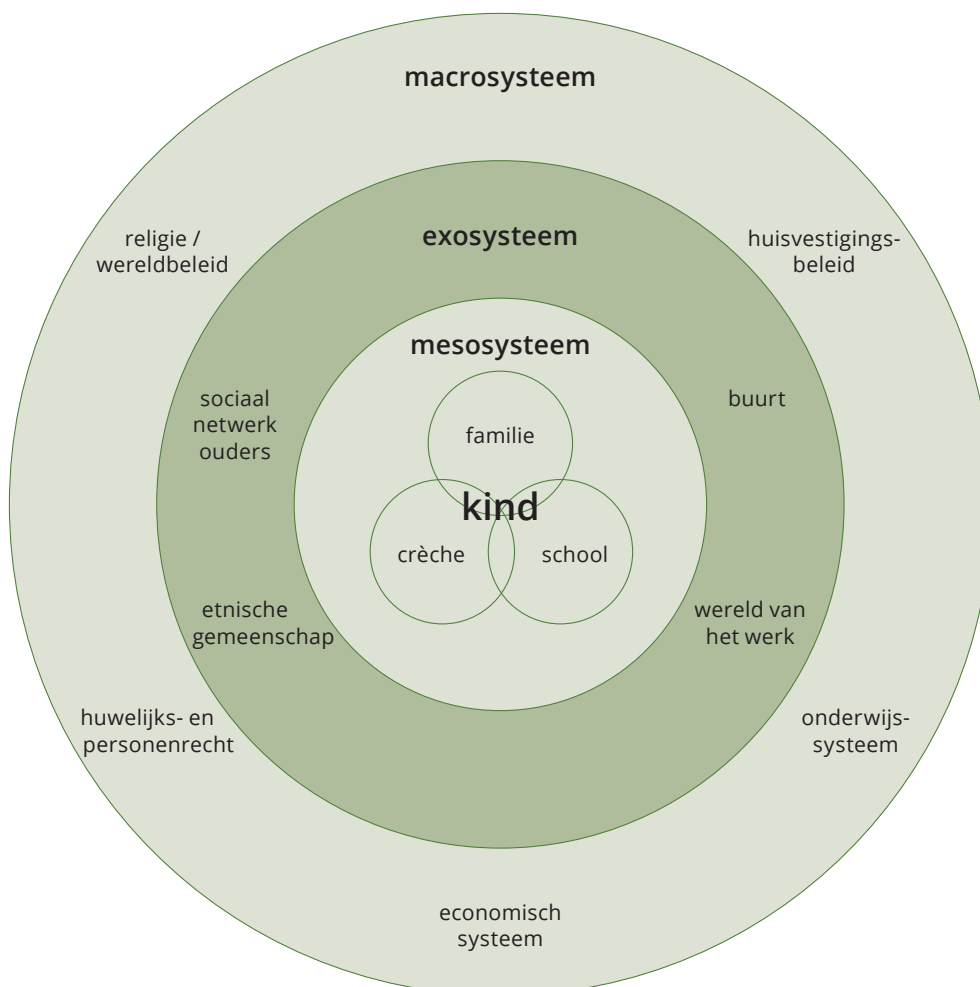
Figuur 1: Het balansmodel



In het balansmodel (figuur 1) is het evenwicht tussen draaglast en draagkracht van het gezin van essentieel belang. Draaglast is het geheel aan taken die jeugdigen (en gezinnen) dienen te vervullen. Risicofactoren of bepaalde gebeurtenissen kunnen het uitvoeren van de taken moeilijker maken en daardoor de draaglast vergroten. Bij draagkracht gaat het om het geheel aan competenties en beschermende factoren waarover jeugdigen (en gezinnen) beschikken die hen helpen met deze taken en risicofactoren om te gaan. In het kader van stemmingsproblemen kan de draagkracht bijvoorbeeld vergroot worden door interventies gericht op de jeugdige of op het gezin.

Het ecologisch model van Bronfenbrenner (1977) laat zien (figuur 2) dat verschillende omgevingsniveau's gelijktijdig van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van jeugdigen.

Figuur 2: Het ecologische model van Bronfenbrenner



Levensgebeurtenissen

Een belangrijke ontwrichtende factor is de zogenaamde ernstige levensgebeurtenis (life event) (MDR Depressie Jeugd, 2009; Rooijen & Ince, 2012; Conijn & Ruiters, 2011). Een belangrijk risico vormen met name de negatieve levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder/familielid, echtscheiding van de ouders, verhuizing/schoolwisseling, ernstige ziekte en mishandeling/sexueel misbruik. Bij kinderen met een hoog risico op een depressie is een levensgebeurtenis in 50-70% van de gevallen de oorzaak van een acute depressie (MDR Depressie Jeugd, 2009) (zie ook *Onderscheid gecompliceerde rouw en verliesverwerking*).

Kind

Bij het kind zijn risicofactoren onder meer:

- Een geremd temperament (introvert, negatieve gevoelens bij zich houden) of de neiging om snel boos, angstig of verdrietig te reageren op prikkels uit de omgeving (Rooijen & Ince, 2012)
- Extravert temperament met daarbij een afwijzende houding van ouders op storend gedrag (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Negatieve cognitieve stijl; nieuwe ervaringen worden negatief geïnterpreteerd als gevolg van een eerdere negatieve of pijnlijke ervaring (Coyne, 1976)
- Negatieve attributiestijl voor het interpreteren van en het omgaan met stress (Birmaher et al., 2007)
- Puberteit, met name bij meisjes/jonge vrouwen (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Al eerder een depressieve periode hebben meegemaakt (Conijn & Ruiters, 2011). Het risico op herhaling lijkt toe te nemen bij een toenemend aantal periodes (MDR Depressie Jeugd, 2009).
- Comorbide psychische aandoening (zoals middelenmisbruik, ADHD, angststoornis, eetstoornis) (Angold et al., 2001; Birmaher et al., 2007)
- Chronische somatische ziekte (Conijn & Ruiters, 2011, Birmaher et al., 2007)
- Genetische factoren (Joiner, 1999; zie ook 'Ouders')
- Beperkte cognitieve vaardigheden (Didden & Baas, 2009)
- Leerproblemen (zie ook 'School')
- Traumatische ervaringen (zie ook 'Levensgebeurtenis')
- Transitiemomenten.

Ouders

Een belangrijke risicofactor om als kind een stemmingsprobleem of stemmingsstoornis te ontwikkelen is als één of beide ouders een angst- of stemmingsstoornis heeft/hebben (MDR Depressie Jeugd, 2009; Conijn & Ruiters, 2011; Rooijen & Ince, 2012). De oorzaak is dan niet alleen genetisch; er kan door de ziekte van de ouder een ongunstig opvoedings- en gezinsklimaat ontstaan. Kinderen van ouders met psychische problematiek (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO), kunnen zich meer afgewezen, schuldig en overbelast voelen door de problematiek van de ouder (MDR Depressie Jeugd, 2009). Bovendien kopieert een kind het gedrag wat hoort bij de ziekte van de ouder (Pilovsky, 2006; Weissman, 2006 en Juh, 2006). In geval van KOPP/KVO dient ook de *Richtlijn KOPP in de jeugdhulp en jeugdbescherming* te worden gehanteerd (Van der Zanden et al., 2014).



Kinderen, waarvan beide ouders een depressie hebben, hebben een drie tot vier keer verhoogde kans op depressie in vergelijking met kinderen van ouders zonder depressie. Voor dysthymie is dit risico circa zeven keer verhoogd (MDR Depressie Jeugd, 2009). Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen minder tot niet profiteren van gangbare therapie zoals CGT wanneer een van de ouders op hetzelfde moment lijdt aan een depressie (Garber et al., 2009).

Opvoedstijlen van ouders zonder psychopathologie kunnen ook een risico vormen, zoals een overmatig beschermende, overmatig kritische of autoritaire opvoedingsstijl (Rooijen & Ince, 2012). Maar een onderdrukkende of afwijzend affectieve opvoedstijl vormt ook een risico (MDR Depressie Jeugd, 2009). Verder hebben relatieproblemen of ruzies tussen de ouders een negatieve impact (Rooijen & Ince, 2012). Een laatste factor is als een ouder/gezinslid een chronische ziekte heeft die veel aanpassing van de jeugdige vraagt (MDR Depressie Jeugd, 2009).

School

De volgende schoolgerelateerde factoren kunnen mede de oorzaak vormen op het ontwikkelen van een stemmingsprobleem.

- Weinig goede vriendschappen, leerproblemen of problemen met de leerkracht (Rooijen & Ince, 2012)
- Uitsluiting en gepest worden, met name bij adolescenten (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Bij vmbo-leerlingen is de kans op psychosociale problemen veel groter (25%), dan bij vwo-leerlingen (10%) (Dorsselaer et al., 2007 in Postma, 2008)
- Veeleisende, prestatiegerichte ouders die hoge eisen stellen aan schoolprestaties (Rooijen & Ince, 2012)

Leefomgeving

Gelet op de leefomgeving kunnen de volgende factoren het risico op stemmingsproblemen vergroten:

- Gezin met een laag inkomen, slechte behuizing en wonen in een slechte buurt (Rooijen & Ince, 2012).
- Dak-, thuisloos of asielzoeker zijn (Conijn & Ruiter, 2011).
- Weinig sociale steun en eenzaamheid ervaren (Conijn & Ruiter, 2011).
- Onveilige hechting (MDR Depressie Jeugd, 2009).
- Leven tussen twee culturen (Beery, 1997).

Er is weinig bekend over risicofactoren op een bipolaire stoornis bij kinderen, hoewel er enkele belangrijke zijn te benoemen. Deze zijn onder te verdelen in factoren bij ouders en bij het kind zelf.

Kind

In 'Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder' (McClellan et al., 2007) worden een aantal risicofactoren benoemd:

- Prikkelbaar en gedreven karakter
- Een angststoornis die al aanwezig is
- Een depressie die snel ontstaat met vertraagde psychomotorische ontwikkeling en psychotische kenmerken

- Een voorgeschiedenis van manie of hypomanie (verhoogde stemming) na behandeling met antidepressiva (Strober & Carlson, 1982).

Ouders

Kinderen met een bipolaire stoornis in de eerstegraads familie lopen een verhoogd risico zelf een bipolaire stoornis te ontwikkelen (Reichart & Nolen, 2007 in Nolen et al. 2008; McClellan et al., 2007).

3.2.2 Beschermende factoren

Beschermende factoren kunnen het effect van eerder genoemde risicofactoren verminderen of ongedaan maken. Dit betekent dat de invloed van risicofactoren wordt bepaald door de aan- of afwezigheid van beschermende factoren (MDR Depressie Jeugd, 2009). Beschermde factoren kunnen niet vanzelf de risicofactoren opheffen (het is geen optel- en aftreksom van factoren) (Bot et al., 2013).

De belangrijkste beschermende factoren op het gebied van leefomgeving, school, ouders en het kind zelf worden hier opgesomd.

Kind

De volgende kenmerken hebben een beschermende werking:

- Veilige hechting (MDR Depressie Jeugd, 2009; Richtlijn Hechting)
- Hoge intelligentie (Conijn & Ruiters, 2011)
- Sociale competentie (Smit et al., 2003)
- Communicatieve vaardigheden en openheid in de communicatie (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Zelfinzicht, een realistische zelfwaardering, zelfvertrouwen (Rooijen & Ince, 2012; Conijn & Ruiters, 2011)
- Begrip, kennis van depressie en wat eraan gedaan kan worden (Conijn & Ruiters, 2011)
- Een gemakkelijke (flexibele) persoonlijkheid (Conijn & Ruiters, 2011)
- Goede interpersoonlijke relaties, makkelijke omgangsstijl met anderen (Conijn & Ruiters, 2011)
- Het gevoel controle te hebben over situaties (Conijn & Ruiters, 2011)
- Het plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten ((Conijn & Ruiters, 2011; MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Deelnemen aan fysieke activiteiten, sport (Conijn & Ruiters, 2011)
- Goede lichamelijke gezondheid (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Veerkracht, weerbaarheid tegen stress, eerdere positieve ervaringen in het omgaan met stress (MDR Depressie Jeugd, 2009)

Beschermende factoren specifiek bij kinderen:

- (Indien dit aan de orde is) een heldere kijk op de psychische problematiek van de ouder (Conijn & Ruiters, 2011)
- Een goede relatie met minstens één ouder, een goed gezinsklimaat (Smit et al., 2003)
- Steun uit de omgeving (Smit et al., 2003)
- Vaardigheden om met problemen om te gaan (Rooijen & Ince, 2012)



Ouders

- De aanwezigheid van tenminste één steunende ouder (Conijn & Ruiters, 2011; Rooijen & Ince, 2012)
- Een goed gezinsklimaat (Rooijen & Ince, 2012)
- Goede onderlinge relatie tussen de ouders (Rooijen & Ince, 2012)

Leefomgeving

- Steun uit de omgeving van zowel volwassenen als leeftijdsgenoten (Rooijen & Ince, 2012)
- Positieve schoolervaringen (Rooijen & Ince, 2012)
- Deelname aan sport, club- of verenigingsleven (Rooijen & Ince, 2012)
- Weinig ruzie in het gezin (MDR Depressie Jeugd, 2009)
- Goede en stimulerende contacten (MDR Depressie Jeugd, 2009)

3.2.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling

Risicofactoren hebben een cumulatief effect: het *aantal* risicofactoren is de beste voorspeller voor psychische problemen. Hoe meer van de genoemde risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op stemmingsproblemen. Kinderen die te maken hebben met meer risicofactoren en minder beschermende factoren lopen meer risico op stemmingsproblemen. De hier besproken te beïnvloeden risico- en beschermende factoren vormen de aangrijpingspunten voor preventie en behandeling van stemmingsproblemen bij kinderen en jeugdigen. Deze algemene aangrijpingspunten resulteren in algemene aanbevelingen in dit hoofdstuk en zullen op een concreter niveau worden uitgewerkt in de volgende hoofdstukken.

3.2.4 Hoogrisicogroepen voor stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen

Jeugdigen in hoogrisicogroepen lopen meer risico op het ontwikkelen van stemmingsproblemen dan andere jeugdigen.

Jeugdigen bij wie meerdere risicofactoren en/of negatieve levensgebeurtenissen opstapelen in combinatie met een gemiddelde tot lage veerkracht van de jeugdige hebben een verhoogd risico op stemmingsproblemen (Van Rooijen & Ince, 2012; Conijn & Ruiters, 2011; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Voorbeelden kunnen zijn:

- mishandelde, verwaarloosde en seksueel misbruikte jeugdigen;
- prikkelbare jongens in de adolescentie met somberheid of neerslachtigheid;
- jeugdigen met ouders die de lat te hoog leggen wat betreft schoolprestaties;
- allochtone meisjes die zich melden in de jeugdhulp.

De volgende specifieke hoogrisicogroepen zijn aan te wijzen.

- Jeugdigen met depressieve en/of angstige symptomen (Horowitz & Garber, 2006);
- Jeugdigen met een comorbide psychische stoornis (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998);
- Kinderen van depressieve ouders en over het algemeen KOPP/KVO- kinderen (Horowitz & Garber, 2006);
- Jeugdigen die blootgesteld zijn aan veel stress, bijvoorbeeld door scheiding van de ouders of verlies van een ouder (Horowitz & Garber, 2006);
- Delinquente jongeren (Ryan & Redding, 2004);
- Adolescente meisjes die zich melden in de jeugdhulp (Horowitz & Garber, 2006).

Tabel 1: Overzicht van de belangrijkste risico- en in stand houdende factoren en beschermende factoren voor stemmingsproblemen

Risico- en in stand houdende factoren	Beschermende factoren
Jeugdige	
<ul style="list-style-type: none"> - geremd of juist snel boos, angstige of verdrietige reactie op omgevingsprikkels; - extravert met afwijzende houding van ouders op storend gedrag; - negatieve cognitieve stijl (ervaringen worden negatief geïnterpreteerd); - negatieve attributiestijl (negatief omgaan met stress, plakt direct negatieve labels); - laag zelfbeeld; 	<ul style="list-style-type: none"> - veilige hechting; - hoge intelligentie; - zelfinzicht, zelfwaardering, zelfvertrouwen; - kennis over depressie en de behandeling ervan; - gemakkelijke persoonlijkheid; - betekenisvolle contacten, goede sociale en communicatieve vaardigheden, open communicatie;
<ul style="list-style-type: none"> - puberteit, met name bij meisjes; - eerdere depressieve perioden; - comorbide psychische problematiek; - chronische somatische ziekte; - genetische factoren; - beperkte cognitieve vaardigheden; - negatieve benadeing door omgeving; - leerproblemen; - traumatische ervaringen (ernstige levensgebeurtenissen); - onveilige hechting. 	<ul style="list-style-type: none"> - gevoel van controle of gevoel iets te kunnen bereiken ('mastery'); - plannen van en deelnemen aan plezierige activiteiten; - goede lichamelijke gezondheid; - fysiek actief, doet aan sport; - heldere kijk op psychische problemen ouder(s); - vaardigheden om met problemen om te gaan; - weerbaarheid, veerkracht, humor.
Ouder en gezin	
<ul style="list-style-type: none"> - angst- of stemmingsstoornis (door genetische belasting, door ongunstig opvoedings- en gezinsklimaat of door kopieergedrag van het kind) of andere psychische aandoening bij een ouder; - overmatig beschermende, kritische, autoritaire of verwaarlozende opvoedingsstijl; - relatieproblemen of ruzies tussen de ouders; - ouder/gezinslid met chronische ziekte. 	<ul style="list-style-type: none"> - ten minste één steunende ouder; - positief, ondersteunend gezinsklimaat; - weinig ruzie in het gezin; - goede onderlinge relatie tussen de ouders.

Sociale omgeving en school

<ul style="list-style-type: none">- laag inkomen, slechte behuizing, woonachtig in een slechte buurt;- dakloos, thuisloos, vluchtelingenkind of asielzoeker zijn;- weinig sociale steun, veel eenzaamheid, weinig goede vriendschappen;- negatief worden benaderd door de omgeving;- leerproblemen of problemen met leerkracht;- uitsluiting en gepest worden;- lage sociaal-economische status;- levensgebeurtenissen.	<ul style="list-style-type: none">- steun uit de omgeving;- positieve schoolervaringen;- deelname aan sport, club- of verenigingsleven;- goede en stimulerende contacten.
--	--

3.3 Conclusies

- Er is kennis van risico-, in stand houdende en beschermende factoren en de belangrijkste factoren zijn in te delen op verschillende niveaus: kind, ouder, gezin en omgeving (zie tabel 1).
- Er zijn hoogrisicogroepen aan te wijzen (zie *paragraaf 3.2.4*).
- Over het samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren is veel niet bekend. Het is belangrijk niet alleen af te gaan op wat wel bekend is. Risico- en in stand houdende factoren enerzijds, en beschermende factoren anderzijds, heffen elkaar niet op.

3.4 Praktijkoverwegingen

- Kennis over de risico-, in stand houdende en beschermende factoren is van belang voor het signaleren van stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen. Van belang is dat risico- en in stand houdende factoren bekend zijn bij professionals werkzaam in de jeugdhulp. Deze zijn weergegeven in *tabel 1*. Tijdige signalering van deze factoren kan stemmingsproblemen voorkomen. Indien na signalering van een onbalans in deze factoren een succesvolle preventieve interventie wordt ingezet, dan neemt de kans op het ontstaan van een depressie af (zie ook hoofdstuk 5).
- Kennis over risico-, in stand houdende en beschermende factoren geeft handvatten voor specifieke groepen die bereikt kunnen worden. Kennis over risicofactoren, in stand houdende factoren en beschermende factoren biedt aangrijpingspunten voor tijdige ondersteuning. Houd bij de keuze voor specifieke interventies rekening met risico- en in stand houdende factoren. Bij signalen van laag zelfvertrouwen, geringe sociale competentie of gebrekkige communicatieve vaardigheden is het van belang een laagdrempelige, vroegtijdige interventie aan te bieden die zich richt op het beperken van de risico- en in stand houdende factoren, en op het versterken van de beschermende factoren.
- Veel risicofactoren zijn niet zichtbaar, waardoor het voor de jeugdprofessional lastig is deze te signaleren. De focus op het hier en nu die vaak gehanteerd wordt in de jeugdhulp is een valkuil in de signalering van stemmingsproblemen; het is van belang het verleden uit te vragen om risico- en in standhoudende factoren te kunnen signaleren.
- Het is van belang om hulp te bieden zo dicht mogelijk bij het kind, in het gezin en om het gezin heen en pas indien dit nodig is verder 'uit te breiden'. Het is daartoe van belang ook breed te kijken en de sociale context van het kind of de jeugdige in kaart te brengen.



Voor het fungeren van het onderwijs als belangrijke vindplaats van kinderen met stemmingsproblemen of stemmingsstoornissen en bij het voorkomen van schooluitval is samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp van belang.

3.5 Aanbevelingen

Bij alle jeugdigen

- Ga in gesprek met de jeugdige en de ouder(s) en breng in kaart welke risicofactoren, in stand houdende factoren en beschermende factoren een rol spelen in het ontstaan en verergeren van stemmingsproblemen. Doe hiervoor indien nodig, en hiervoor toestemming verkregen is van de ouders (en jeugdige), navraag bij bijvoorbeeld leerkrachten of andere hulpverleners.
- Focus bij het signaleren van stemmingsproblemen zowel op het *aantal* risico- of in stand houdende factoren als op de *aard* van deze factoren. Wees alert op een opeenstapeling van risico- en in stand houdende factoren en op de afwezigheid van beschermende factoren. Maar let op: de uitkomst is geen optelsom, de invloed van de diverse factoren moet worden gewogen.
- De volgende richtlijnen kunnen worden geraadpleegd:
 - *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Van der Zanden et al., (2015). Als de jeugdige ouders met psychische problemen heeft of kind van verslaafde ouders is (KOPP/KVO).
 - *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff, Van Bakel, Juffer, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014), bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid.
 - *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof & Vermeij, 2013), bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen.
 - *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Anthonijsz, Spruijt, & Zwikker, 2015), bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.
 - *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink, De Wolff, Broerse, & Kamphuis, in ontwikkeling), bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling.

Bij jeugdigen met (een verhoogd risico op) stemmingsproblemen

- Wees extra alert op stemmingsproblemen. Ga hiervoor naar hoofdstuk 4.
- Wees extra alert op suïcidaliteit. Ga hiervoor naar hoofdstuk 5.
- Breng de beschermende factoren van het sociale netwerk in kaart om dit netwerk waar nodig te kunnen mobiliseren om te voorzien in emotionele en praktische steun aan de jeugdige.
- Bied hulp in eerste instantie zo dicht mogelijk bij de jeugdige aan. Dus in het gezin, of anders om het gezin heen.



Hoofdstuk 4

Signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen



In dit hoofdstuk worden uitgangsvragen 1c, 3 en 4 beantwoord. Uitgangsvraag 2 wordt beantwoord in het volgende hoofdstuk.

- 1c. *Wat zijn signalen van stemmingsproblemen?*
3. *Waaruit moet onderzoek minimaal bestaan voordat hulpverleners aard en ernst van stemmingsproblemen kunnen vaststellen?*
4. *Wanneer zijn stemmingsproblemen reden tot inzet van jeugdhulp en wanneer tot inzet van jeugd-ggz?*

4.1 Inleiding

Definiëring stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen

Stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen uiten zich bij kinderen en jeugdigen vaak op een andere manier uiten dan bij volwassenen. Stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen worden, mede door het internaliserende karakter van de problematiek, vaak slecht herkend in de jeugdhulp en worden ook in het onderwijs onvoldoende opgemerkt of in ieder geval meestal niet als storend ervaren. Vaak ook worden stemmingsproblemen verward met iets anders, bijvoorbeeld lastig gedrag.

Stemmingsproblemen zijn in deze richtlijn gedefinieerd als ‘*stemmingsproblemen*’ volgens categorie 103 in de CAP-J (het Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdzorg – zie Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009), of als ‘*stemmingsstoornissen*’ volgens de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013). Onder de *stemmingsproblemen* vallen verdriet, somberheid, affectlabiliteit en verliesverwerking. De *stemmingsstoornissen* zijn beperkt tot een ‘depressieve stoornis, eenmalige episode’ (code 296.2x) of een ‘depressieve stoornis, recidiverend’ (code 296.3x), tenzij anders aangegeven. Diagnostiek en behandeling van de bipolaire stoornis wordt in deze richtlijn niet uitgebreid besproken, aangezien de verantwoordelijkheid hiervoor niet bij de jeugdhulp ligt maar bij de jeugd-ggz. Wel is tijdige herkenning en doorverwijzing relevant, en daarom zullen de risicofactoren en signalen van deze stoornis wel worden beschreven. Dysthyme stoornis (een persisterende depressieve stoornis, APA 2013) wordt in deze richtlijn niet specifiek besproken.

In de jeugd-ggz wordt de DSM-5 gehanteerd voor de classificatie van stemmingsstoornissen. De DSM-5 classificeert geen opvoedings- en andere gezinsproblemen, terwijl die in de jeugdhulp vaak aanleiding zijn voor een aanmelding (Konijn et al., 2009). De CAP-J biedt meer ruimte voor psychosociale problemen, die soms wellicht minder ernstig zijn, maar waarbij het eveneens van belang is deze tijdig te herkennen en adequaat te handelen. Het domein van het CAP-J betreft psychosociale problemen en stoornissen (DSM- en ICD-categorieën) in de ontwikkeling van kinderen en jongeren, en problemen in de gezins- en leefomstandigheden. Het CAP-J kan worden toegepast voor het hele cliëntensysteem: zowel voor de problemen van de jeugdige als voor de ouders/het gezinsysteem. Het CAP-J kan worden toegepast voor alle leefgebieden van de jeugdigen: psychosociaal, gezin, opvang/school/werk en omgeving van de jeugdige.

Continuüm van stemmingsgerelateerde problematiek

Stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen zijn sterk gerelateerd. Stemmingsproblemen



(volgens de CAP-J) kunnen overgaan in stemmingsstoornissen (volgens de DSM-5). Stemmingproblemen kennen een episodisch beloop. Voordat volledig herstel optreedt is er grote kans op terugval. Na herstel is de kans groot dat een recidief-episode zal optreden. Jeugdigen met een subklinische depressie (of stemmingproblemen volgens de CAP-J) hebben, ook jaren later, evenveel risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis als kinderen of jeugdigen die al eerdere een depressieve stoornis hebben doorgemaakt (Addendum Jeugd, 2009).

Verschijningsvormen verschillen per leeftijdsfase

De symptomen van stemmingproblemen of stemmingsstoornissen verschillen per leeftijdsfase. De verschijningsvorm of uitingsvorm van depressie heeft te maken met de ontwikkeling van het kind of de jeugdige; hoe jonger het kind of de jeugdige, hoe fysieker de verschijningsvorm (De Wit, 1997).

Kenmerken van stemmingproblemen bij zuigelingen zijn (anaclitische depressie):

- Huilen
- Zoeken
- Protest
- Wanhoop
- Terugtrekken
- Apathie.

Kenmerken van stemmingproblemen in de peuter-/kleuterleeftijd zijn:

- Droeve gelaatsexpressie en lichaamshouding
- Onvermogen om plezier te hebben
- Niet speels zijn
- Geen symbolisch spel
- Failure to thrive
- Groeiachterstand
- Scheidingsangst
- Onrealistische 'magische' schuldgevoelens
- Ontbreken van andere cognitieve depressieve symptomen
- Verlies van eetlust
- Problemen met slaap, nachtmerries
- Problemen met gedrag of duidelijk slechtere (school)prestaties.

Kenmerken van stemmingproblemen in de basisschool-leeftijd zijn:

- Droeve stemming
- Onvermogen om plezier te hebben
- Schuldgevoelens
- Slechtheidsbeleving
- Eigenwaardeproblemen
- Negatieve gedachten over de toekomst
- Preoccupatie met ziekte en dood
- Suïcidale gedachtenvorming

- Lusteloosheid, plotselinge gedragsveranderingen: zich terugtrekken, lusteloosheid, agressief gedrag
- Verminderde activiteit en productiviteit
- Verlies van eetlust
- Problemen met slaap, nachtmerries
- Problemen met gedrag of duidelijk slechtere schoolprestaties.

Kenmerken van stemmingsproblemen bij adolescenten zijn:

- Droeve stemming
- Onvermogen om plezier te hebben
- Schuldgevoelens
- Slechtheidsbeleving
- Eigenwaardeproblemen
- Onvrede m.b.t. lichaam, seksualiteit en relaties
- Suïcidale plannen, daden
- Lusteloosheid, plotselinge gedragsveranderingen: zich terugtrekken, lusteloosheid, agressief gedrag
- Verminderde activiteit en productiviteit
- Terugtrekken
- Landerigheid
- Verminderde prestatiemotivatie/problemen met gedrag of duidelijk slechtere schoolprestaties
- Verlies van eetlust
- Problemen met slaap, nachtmerries.

CAP-J

In de CAP-J zijn stemmingsproblemen beschreven als emotionele ontregeling (verdrietig, somber of labiel zijn) die langer duurt dan twee weken. Bij toename van het aantal symptomen, bij een langere duur, wanneer symptomen voorkomen op meerdere levensgebieden en wanneer de problemen leiden tot disfunctioneren is sprake van een ontwikkeling van een stemmingsstoornis.

Stemmingsproblemen worden, samen met angstproblemen, in de CAP-J samengevat onder de noemers internaliserende problemen of emotionele problemen in de CAP-J (Konijn et al., 2009).

In de CAP-J wordt een stemmingsprobleem beschreven als onderdeel van "een continuüm waarbij een normale variatie in stemming kan overgaan in vervlakking en overmatige somberheid, leidend tot een stemmingsprobleem, hetgeen kan uitmonden in een stemmingsstoornis. Een stemmingsprobleem onderscheidt zich grofweg van een pathologische stemmingsstoornis op de volgende punten:

- de emotie staat in verhouding tot de aanleiding
- de emotie duurt niet veel langer dan het verdwijnen van de aanleiding
- de jeugdige kan profiteren van geboden steun, troost of geruststelling
- de jeugdige lijdt wel, maar niet overmatig
- er zijn geen duidelijke, aan de stemming gerelateerde, beperkingen in sociaal of schools

functioneren waarneembaar

- de gedragsuitingen passen bij de leeftijd

Indien een sombere, verdrietige of eenzame stemming binnen één of twee weken opklaart en niet verstorend is voor het normale dagelijkse functioneren, is er geen sprake van stemmingsproblemen. Van stemmingsproblemen is sprake wanneer de emotionele ontregeling langer dan twee weken duurt en waarbij enkele van de bij de subtypes genoemde kenmerken aanwezig zijn. Er zijn een aantal subtypes of specificaties te onderscheiden namelijk verdriet, somberheid en affectlabiliteit, met de volgende kenmerken:

Verdriet

Verdrietig of bedroefd voelen naar aanleiding van verlies. Het gaat om terugkerende gevoelens, meestal zichtbaar in het gedrag, die niet makkelijk door afleiding te verdrijven zijn. Verdriet uit zich door enkele van de volgende gedragingen/emoties/gedachten:

- een treurige gelaatsuitdrukking of lichaamshouding (terneergeslagen)
- huilen
- praten met trillende stem
- in gedrag 'zoekende' zijn
- zich desgevraagd verdrietig of 'rot' voelen
- praten over gemis
- zoeken van nabijheid van belangrijke anderen of juist afzonderen
- zoeken van meer hulp en steun dan anders
- prikkelbaar (gemengd verdrietig en boos) reageren
- soms buikpijn, hoofdpijn en/of geen trek hebben, 'schoolziek' zijn

Somberheid

Een sombere, zwaarmoedige stemming kenmerkt zich door vruchteloze herhalingen van negatieve gedachten en is dus niet altijd zichtbaar in gedrag. Somberheid kan geïnduceerd worden door negatieve gevoelens als schuld en schaamte en ligt vaak in het verlengde van angst. Somberheid heeft echter lang niet altijd een duidelijke aanleiding en is daardoor meer diffuus dan verdriet. Een sombere stemming kan lang blijven hangen, doordat het denken niet oplossingsgericht is en de jeugdige moeilijk gebruik kan maken van sociale steun. Veel jeugdigen raken namelijk geprikkeld door (goedbedoelde) bemoeienis en reageren met afwijzing, waardoor ouders zich machteloos en op hun beurt afgewezen kunnen gaan voelen en daardoor minder steun bieden. Door deze negatieve spiraal is er een grote kans dat het gevoel van controle afneemt en somberheid overgaat in een depressieve stemming en mogelijk een stemmingsstoornis.

Somberheid kan zich uiten in de volgende gedragingen, emoties en/of gedachten:

- teruggetrokken, angstig gedrag
- een gedeprimeerd gevoel
- gevoel van eenzaamheid
- gevoelens van onzekere hulpeloosheid en angst
- gevoelens van wanhoop, moedeloosheid, machteloosheid
- een lege blik of een bedrukte gezichtsuitdrukking



- verminderde interesse of plezier in op zichzelf prettige activiteiten
- verminderde sociale interacties en initiatief
- een lage zelfwaardering, gevoelens van minderwaardigheid
- zich niet geliefd voelen
- zeurderig gedrag
- prikkelbaar (gemengd boos en verdrietig) reageren
- tegendraads en dwars gedrag
- zichzelf slecht kunnen vermaken, snel verveeld raken
- lusteloos, moe of juist een verhoogde activiteit (rusteloosheid)
- slaap- en/of eetproblemen (gewichtsverlies of juist een toename)

Affectlabiliteit

Wisselingen in stemming kunnen problematisch zijn als jeugdigen gedurende een langere tijd en voor hun omgeving niet invoelbaar veelvuldig van stemming wisselen. Het gaat om snelle wisselingen van een sombere stemming naar extreme vrolijkheid, die zonder voor de omgeving aanwijsbare redenen optreden.

DSM-5

Volgens de DSM-5 is sprake van een depressie wanneer een kind of adolescent ten minste gedurende twee weken een duidelijke verandering in de stemming vertoont gekenmerkt door

- depressieve gevoelens of een geïrriteerde stemming (een eerste kernsymptoom)
- en/of verlies van interesse en plezier (een tweede kernsymptoom).

Er zijn naast tenminste één van de twee van deze kernsymptomen minstens vier van de volgende zeven kenmerken aanwezig:

- eetproblemen (heel veel of heel weinig eten) of verandering in het gewicht
- slaapgebrek of juist te veel slapen
- geagiteerd (opgewonden) en rusteloos zijn of juist geremd
- vermoeidheid en verlies aan energie
- gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- suïcidegedachten en/of suïcidepogingen.

Deze depressiekenmerken (symptomen) moeten, om van een depressie te kunnen spreken, een verandering inhouden ten opzichte van de voorafgaande periode en samen gaan met belemmeringen in het functioneren (bijvoorbeeld relaties aangaan met anderen en het verrichten van taken), niet veroorzaakt zijn door middelengebruik (alcohol, drugs of medicijnen), lichamelijke ziekten, rouw of andere psychische stoornissen.

Een bijzondere vorm van depressie is de seizoensgebonden depressie (seasonal affective disorder). Doorgaans betreft het een zogenaamde winterdepressie die zich kenmerkt door het optreden van depressieve symptomen bij het minder worden van de hoeveelheid daglicht in de winter en die weer verdwijnt in het voorjaar. In de DSM worden onder de rubriek stemmingsstoornissen naast de depressieve stoornis ook de dysthyme stoornis (dysthymie) en de bipolaire stoornis genoemd.



Onderscheid dysthymie

De kenmerken van dysthymie en een depressieve stoornis komen overeen. Het verschil betreft het aantal symptomen dat bij dysthymie minder kan zijn: naast de prikkelbare stemming dienen tenminste twee van de hierboven genoemde kenmerken aanwezig te zijn. Voor de DSM-5 diagnose van de dysthyme stoornis moet er bij een jeugdige sprake zijn van een depressieve of geïrriteerde stemming op de meeste dagen, gedurende het grootste deel van de dag gedurende een periode van één jaar. Verder moeten naast de depressieve of geïrriteerde stemming tenminste twee van de volgende kenmerken aanwezig zijn: slechte eetlust of juist neiging tot teveel eten; slapeloosheid of hypersomnie; verlies van energie of moeheid; laag gevoel van eigenwaarde; slechte concentratie of besluiteloosheid; gevoelens van hopeloosheid. Voldoet een jeugdige slechts aan enkele symptomen van een depressieve stoornis, dan kan het beeld volgens DSM-5 ondergebracht worden bij 'de depressieve stoornis - niet anderszins omschreven (NAO)'. De relatie tussen de depressieve stoornis en de dysthyme stoornis is nog onvoldoende duidelijk. Wel staat vast dat aan een depressieve stoornis nogal eens een dysthyme stoornis voorafgaat, en dat een depressieve stoornis dan 'bovenop' een dysthymie voorkomt (zogenaamde dubbele depressie).

Onderscheid bipolaire stoornis

Bij de bipolaire stoornis worden depressieve periodes afgewisseld door hypomane of manische periodes. Dat wil zeggen periodes gekenmerkt door een voortdurende verhoogde en prikkelbare stemming. Daarnaast is er tijdens deze periode(s) sprake van drie (of meer) van de volgende kenmerken:

- grootheidsideeën of opgeblazen gevoel van eigenwaarde
- afgenomen behoefte aan slaap
- spreekdrang of spraakzamer zijn dan 'normaal'
- gedachtevlucht of 'jagende' gedachten
- verhoogde afleidbaarheid
- hyperactiviteit
- overmatig bezig houden met aangename activiteiten waarbij een grote kans op pijnlijke gevolgen.
- al dan niet psychotische symptomen optreden (zoals wanen en hallucinaties).

De diagnosestelling bij kinderen is controversieel omdat het beeld atypisch is en moeilijk te onderscheiden van bijvoorbeeld ADHD. Voor adolescenten zijn de bovengenoemde kenmerken wel passend (MDR Bipolaire stoornissen 2008).

Onderscheid gecompliceerde rouw en verliesverwerking

In de DSM-5 zijn geen specifieke diagnostische categorieën opgenomen voor een 'rouwstoornis'. In de CAP-J valt de rouw onder de rubriek 'Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen' uit de groep 'Overige psychosociale problemen jeugdige'. 'Verlies van affectieve relatie' wordt onder de subtypes genoemd. Twee van de drie in de CAP-J beschreven kenmerken die ontwikkeld kunnen worden, zijn geen kenmerken van een depressieve stoornis, namelijk 'herbeleving' (bijvoorbeeld posttraumatisch spel) en 'passieve vermijding' (belangrijk aspect van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren). Een derde kenmerk 'slaapproblemen' komt ook

voor bij een depressieve stoornis.

Er is volgens de CAP-J sprake van problemen met het verwerken van een ingrijpende/traumatische gebeurtenis als:

- dit gedrag langdurig zichtbaar blijft (langer dan een maand)
- de jeugdige onvoldoende gebruik kan maken van de ondersteuning van voor hem relevante volwassenen of persoonlijke eigenschappen (vermogen tot adequaat spel, intelligentie)
- er problemen ontstaan die de ontwikkeling van leeftijdsgerelateerde taken blokkeren

Dit gedrag ontstaat in een korte periode na de gebeurtenis (binnen een maand) en was afwezig voor de gebeurtenis.

Er wordt gesproken over gecompliceerde rouw of prolonged grief disorder (PGD) wanneer iemand zes maanden na het verlies; aanhoudend gericht is op de overleden dierbare (verlangen naar en missen van), moeite heeft om zijn/haar dood te accepteren, verregaande bittere en boze gevoelens heeft in relatie tot het verlies, gevoelloosheid ervaart, moeite heeft om verder te gaan met het leven en het gevoel heeft dat het eigen leven leeg en onbevredigend is. Dit geldt voor volwassenen maar de evidentie neemt toe dat deze kenmerken ook bij rouwende kinderen en adolescenten voorkomen (Spuij e.a.,2012).

Volgens (Spuij e.a., 2011) zijn de Inventory of Prolonged Grief for Children (IPG-C) en de Inventory of Prolonged Grief voor Adolescents (IPG-A) betrouwbare en valide instrumenten om de symptomen van PGD bij kinderen en adolescenten te meten. Voor de behandeling van PGD zijn cognitieve gedragsinterventies de meest aangewezen behandelmethode (Spuij e.a., 2012).

Specifieke aandachtspunten bij jeugdigen

Bij jeugdigen met een stemmingsstoornis gaat het meestal om de eerste episode van een depressie. Daardoor is het lastig om te differentiëren tussen een depressie als eerste manifestatie van een unipolaire stoornis of van een bipolaire stoornis. Men dient zorgvuldig na te gaan of er toch aanwijzingen zijn voor eventueel subtiele of korte hypomane perioden. Andere nuttige indicatoren voor de bipolaire stoornis zijn een familie-anamnese die positief is voor bipolaire stoornis, voor psychose, of voor farmacologisch geïnduceerde manie of hypomanie.

Uitingsvormen van stemmingsproblemen

Geslacht of culturele achtergrond kunnen een rol spelen in de manier waarop gevoelens van verdriet of somberheid worden vertolkt. Wanneer het uiten van somberheid als een blijk van zwakte wordt ervaren (zoals bij jongens het geval kan zijn), zal eerder een prikkelbare stemming worden getoond. Wanneer gevoelens van somberheid moeilijk in woorden kunnen worden uitgedrukt (zoals bij sommige culturen en subculturen het geval is), zullen zij eerder als lichamelijke pijn (hoofdpijn, buikpijn, rugpijn) geuit worden (Boer, 2006).

4.2 Wetenschappelijke onderbouwing

4.2.1 Herkennen van signalen van stemmingsproblemen

Belangrijke (kern)symptomen van stemmingsproblemen zijn hiervoor opgesomd. Vooral een sombere of verdrietige stemming, geïrriteerdheid en verlies aan interesse zijn belangrijke

signalen (Birmaher et al., 2007). Het signaleren van stemmingsproblemen is lastig, omdat sommige kenmerken bij het opgroeien horen. Bij adolescenten komen bijvoorbeeld sombere gevoelens, angst, verlegenheid, geremdheid, eenzaamheid en een laag zelfvertrouwen vaak voor. Zij gaan vaak na deze periode vanzelf over (Braams & Talma, 2000 in Rooijen & Ince, 2012). Ook is signaleren lastig omdat symptomen van stemmingsproblemen makkelijk gemist worden; deze vallen bijvoorbeeld veel minder op dan gedragsproblemen (Postma, 2008). Om signalen van stemmingsproblemen goed op te vangen is volgens Postma (2008) zowel een professionele inschatting als het gebruik van een instrument (bijv. een lijst met symptomen) van belang.

Eisen aan de jeugdprofessional

Een jeugdprofessional dient competent en deskundig te zijn in het signaleren van stemmingsproblemen. Hierin zijn observerend vermogen, gespreksvaardigheden en kennis van gedrags- en ontwikkelingsproblemen van belang (Postma, 2008). Bovendien is een vertrouwensrelatie met zowel ouder/verzorger als kind gewenst. Het is niet nodig hieraan eerst te werken voordat je gaat screenen (praktijkkennis). Ook moeten jeugdprofessionals met een (signalerings)instrument om kunnen gaan en een inschatting kunnen maken op basis van de uitkomsten (Postma, 2008); scholing hierin is gewenst (MDR Depressie Jeugd, 2009).

Jeugdigen en ouders als informatiebron

Volgens de MDR Depressie Jeugd (2009) is het belangrijk om zowel de ouders als de jeugdige te bevragen over de huidige problemen en symptomen om vervolgens beide resultaten te combineren. Ook bij jonge kinderen en jongeren dient de jeugdige zelf bevraagd te worden en is het belangrijk dat deze de problemen zelf verwoordt. Bij adolescenten dienen ook de ouders bevraagd te worden. Als alleen ouders worden bevraagd dan is de kans groot dat een stemmingsprobleem wordt gemist. Als alleen de jeugdige wordt gevraagd dan worden de stemmingsproblemen vaker overschat. Vanaf 8 jaar kan een jeugdige een zelfevaluatievragenlijst met betrekking tot stemmingsproblemen invullen. Op jongere leeftijd kan de diagnose uitsluitend op basis van observatie door ouders, verzorgers, leerkrachten en dergelijke worden gesteld, waarbij de intensiteit van het ervaren gevoel van kinderen lastig is in te schatten (Nji-dossier). Voor jongere kinderen (< 8 jaar) zijn zelfrapportagevragenlijsten niet geschikt. Hun leesvaardigheid is nog niet goed ontwikkeld en zij beschikken daarnaast nog niet over voldoende reflectie- en abstractievermogen om de vragen te kunnen beantwoorden (Klein et al., 2005; Timbremont & Braet, 2005). Over het algemeen wordt aangenomen dat diagnostische interviews, net als zelfrapportage-vragenlijsten, kunnen worden afgenomen bij kinderen vanaf 8 jaar. Vóór die leeftijd moeten andere technieken worden toegepast, zoals bijvoorbeeld spelobservaties (Timbremont & Braet, 2005).

4.2.2 Screeningsinstrumenten

Bij een vermoeden op een stemmingsprobleem of stemmingsstoornis kan als hulpmiddel een screeningsinstrument worden gebruikt. Als er signalen zijn van stemmingsproblemen dan kan er met behulp van een smal (alleen gericht op depressie) of een breed (gericht op depressie en andere stoornissen) screeningsinstrument geïnventariseerd worden of (comorbide) symptomen aanwezig zijn. Voor het stellen van de diagnose dient er uitgebreider onderzoek plaats te vinden.

Om goed te kunnen screenen dient er gebruik te worden gemaakt van gevalideerde lijsten zoals de *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach, 1991, 2001) of de *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman 1997, 1999; Van Widenfelt et al, 2003). Deze lijsten bieden inzicht in emotionele en gedragsproblemen bij het kind. Beide instrumenten worden gehanteerd in de jeugdhulp, maar zijn niet verplicht gesteld. Binnen de jeugd-ggz maken deze vragenlijsten wel onderdeel uit van het verplichte ROM-systeem.

CBCL

De CBCL is een gestandaardiseerde gedragsvragenlijst voor kinderen van 1,5 - 18 jaar, die door de ouder(s) of verzorger(s) wordt ingevuld. De afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten. Daarbij wordt gevraagd naar de emotionele en gedragskenmerken van het kind in de afgelopen 2 of 6 maanden. De CBCL 1,5-5 wordt niet verder besproken.

De CBCL 6-18 bevat vragen over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen van het kind of de jongere. Daarnaast zijn er twee open vragen over andere problemen.

De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen: activiteiten, sociaal, school. De schalen vormen opgeteld de schaal 'totale vaardigheden'. De vragen over gedrag vormen de probleemschalen: teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag, agressief gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen het brede-bandsyndroom 'internaliserende problematiek' en de laatste twee het brede band syndroom 'externaliserende problematiek'. Alle probleemschalen samen vormen de schaal 'totale problemen'. De CBCL 6-18 uit 2003 is nog niet beoordeeld de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). In 1999 is de CBCL 4-18 vrij goed beoordeeld door de COTAN (normen: goed, betrouwbaarheid: voldoende, begripsvaliditeit: goed, criteriumvaliditeit: voldoende). (Bron: Nji databank Instrumenten en Gedragsproblemen)

Naast de vragenlijst die door ouders/verzorgers ingevuld dient te worden, is er een versie voor de leerkracht (TRF) en een versie die door de jongere zelf kan worden ingevuld, de Youth Self Report (YSR) (11-18 jaar). In 1999 is de TRF door de COTAN als voldoende tot goed beoordeeld. De versie van de TRF uit 2001 is niet door de COTAN beoordeeld (Evers, van Vliet-Mulder, Groot, 2000). De versie van de YSR uit 1997 is door de COTAN vrij goed beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2006).

SDQ

De SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) is in 2000 in het Nederlands vertaald en onderzocht (Goedhart et al., 2003). De SDQ meet psychosociale- en gedragsproblemen van kinderen van 3-16 jaar. De afnameduur bedraagt 5 minuten. Het gaat om een snelle screening: de verschillende domeinen worden zeer globaal onderzocht. De vragenlijst wordt gewoonlijk zelfstandig door ouders en leraren ingevuld. Jongeren vanaf 11 jaar vullen de lijst doorgaans in onder begeleiding van iemand (bijvoorbeeld een testassistent) die toelichting kan geven, eventuele onduidelijkheden kan oplossen en kan zorgen voor een werkomgeving die bijdraagt aan het zorgvuldig en volledig beantwoorden van de vragenlijst. Het verdient aanbeveling om

de SDQ door tenminste twee informanten te laten invullen, bij voorkeur ouder en leerkracht. De vragen worden beantwoord met 'niet waar', 'een beetje waar' en 'zeker waar'. Voorbeelden van vragen zijn 'Ik word erg boos en ben vaak driftig' en 'Ik ben aardig tegen jongere kinderen'.

De SDQ bevat in totaal 25 vragen, en meet de mate van probleemgedrag van kinderen op de volgende vijf schalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, problemen met leeftijdgenoten en prosociaal gedrag. Elke schaal bestaat uit vijf vragen. De eerste vier schalen vormen samen de totale probleemscore. Daarnaast beschikt de SDQ over een 'impact supplement', wat een indicatie voor de ernst van de problematiek geeft. Een vraag uit dit supplement is bijvoorbeeld 'Maken de moeilijkheden je overstuur of van slag?'. De COTAN heeft in 2007 de betrouwbaarheid van de SDQ als voldoende beoordeeld, de begripsvaliditeit is eveneens als voldoende beoordeeld, en de criteriumvaliditeit als onvoldoende (te weinig onderzoek). (Bron: Nji-dossier gedragsproblemen).

S-PSY

Voor jeugdigen (12-18 jaar) is er de S-PSY. Dat is de SDQ met toegevoegde items gerelateerd aan eetstoornissen, alcohol- en drugsmisbruik, psychotische kenmerken en zelfdestructief gedrag (automutilatie en suïcidaal gedrag). De S-PSY wordt met name in ggz-instellingen veel gebruikt als ondersteuning voor de diagnostiekfase. Ook wordt de lijst gebruikt als onderdeel van routine outcome monitoring. Er is geen COTAN score beschikbaar.

Voor informatie over de sensitiviteit en specificiteit van deze vragenlijsten kan het *Addendum Jeugd bij de MDR Depressie (2009)* worden geraadpleegd.

Konijn et al. (2009) raden specifiek voor de jeugdhulp de SDQ/S-PSY en de CBCL aan. Zowel door Postma (voor de JGZ, 2008) als in de MDR Depressie Jeugd (voor de Jeugd GGZ, 2009) wordt de CBCL aangeraden, zowel het breed spectrum met zelfrapportage instrument, als de TRF en de YSR versies. Verder wordt de SDQ als een geschikt instrument gezien. Door het afnemen van één van deze vragenlijsten kan ook veel voorkomende comorbide problematiek aan het licht komen. Beide schalen zijn bedoeld om symptomen te inventariseren en niet om stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis vast te stellen.

Andere opties

In de MDR Depressie (2009) worden nog enkele andere screeningsinstrumenten beoordeeld. Deze worden in eerste instantie niet aangeraden, maar zouden eventueel wel kunnen worden gebruikt voordat verwezen wordt naar een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.

- CDI: Child Depression Inventory (smal spectrum en zelfrapportage)
- CES-D: Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (smal spectrum en zelfrapportage)
- R-CADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale (breed spectrum en zelfrapportage)
- SEV: Sociaal Emotionele Vragenlijst (breed spectrum en geen zelfrapportage)

4.2.3 Aard en ernst van de problematiek

Zodra bepaald is dat er symptomen van stemmingsproblemen aanwezig zijn dient uitgezocht te worden wat de aard en de ernst van de problematiek is.



Ernst van de problematiek

Konijn et al. (2009) beschrijven verschillende criteria om de ernst van de problematiek te bepalen (Van Yperen, Van den Berg & Eijgenraam, 2002). De criteria zijn ingedeeld in vier facetten (abnormaliteit gedrag, bijdragende factoren, gevolgen en kwaliteit van leven):

1. Abnormaliteit gedrag, dit heeft betrekking op de mate waarin het gedrag afwijkt van wat als
 - normaal wordt beschouwd:
 - niet passend bij leeftijd
 - niet passend bij sekse
 - duur langer dan 2 weken
 - uitgebreidheid over de situaties van functioneren
 - specificiteit van de symptomatologie
 - frequent optreden
 - gedragsverandering
 - niet passend bij de sociaal-culturele context
 - niet passend bij de levensomstandigheden

2. Bijdragende factoren in de jeugdige, gezin, opvoeding en wijdere omgeving zoals: Risicofactoren (factoren die bedreigend zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige), die het probleem verzwaren:
 - biologische kwetsbaarheid jeugdige
 - pathogene gezinsrelaties
 - incompetent opvoedingsklimaat
 - factoren in wijdere omgeving (bijv. wonen in een achterstandsbuurt)

Protectieve factoren (factoren die de invloed van risicofactoren kunnen beperken), die het probleem verlichten:

 - jeugdige: sociale en probleemoplossende vaardigheden, gevoel voor humor, goede intelligentie
 - gezin: goede relatie tussen jeugdige en ouder(s), opvoedend handelen dat wordt gekenmerkt door warmte, disciplineren, responsiviteit en sensitiviteit
 - sociale relaties wijdere omgeving: steunend netwerk, positieve schoolervaringen, goede relaties met leeftijdgenoten en leerkrachten
 - sociaal-maatschappelijk: goede voorzieningen, goede woonomgeving, werkgelegenheid

3. Gevolgen probleemgedrag:
 - lijdensdruk jeugdige
 - sociale belemmering jeugdige
 - ontwikkeling jeugdige
 - gevolgen voor anderen
 - gevolgen voor behandeling

4. Kwaliteit van leven: het algemene welbevinden, bepaald door objectieve indicatoren en subjectieve waardering van lichamelijk, materieel, sociaal en emotioneel welbevinden, alsmede van de ervaren competentie en dit alles gewogen aan de hand van de waarden die de persoon in kwestie erop na houdt (Felce & Perry, 1996).

Aard

Als er specifiek naar de aard stemmingsproblemen wordt gevraagd dan is het volgens MDR Depressie Jeugd (2009) van belang om te vragen:

- Of er specifieke perioden zijn waarin sprake is van een depressie (ivm seizoensgebonden depressie)?
- Of er sprake is van een sombere stemming en van verlies van interesse of plezier (anhedonie) gedurende de laatste weken is? (kernsymptomen)
- Of er sprake is van een familiale belasting voor depressie?
- Of er sprake is van ouders met andere psychopathologie dan depressie, zoals angststoornissen of verslavingsproblematiek? (bij hun kinderen komt depressie ook relatief vaker voor)

Beoordelen van de ernst van stemmingsproblemen

Voor de klinische praktijk is het belangrijk een onderscheid te maken in ernst van depressie. In aansluiting op de Multidisciplinaire Richtlijn voor Depressie bij Volwassenen (Trimbos-instituut, 2012) vereist dit een uitgebreide beoordeling van de volgende factoren:

- het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren
- hoeveelheid symptomen: de DSM-5 onderscheidt:
 - lichte depressie (5-6 symptomen)
 - matige depressie (6-8 symptomen)
 - ernstige depressie (8-9 symptomen)
- aard van de symptomen, in het bijzonder:
 - psychotische kenmerken
 - suicidaliteit
 - beloopkenmerken

In schema samengevat:

Ernstbeoordeling depressie (Addendum Jeugd, 2009)

Risico- en in stand houdende factoren	Licht	Matig	Ernstig
Aantal symptomen			
5-6 symptomen			
6-8 symptomen			
8-9 symptomen			
Aard van de symptomen			
psychotische kenmerken en / of suicidaliteit			
Zelfrapportage Children's Depression Inventory (CDI-27)			
score tot 12			
score 12-16			
score >16			
GAF-score: dagelijks functioneren			
65 en hoger			



45-65			
lager dan 45			
Aantal gebieden waarop de stoornis duidelijk interfereert met de dagelijkse gang van zaken (school, vrienden, hobby's/activiteiten, thuis)			
1 gebied			
2 of 3 gebieden			
4 gebieden			

Een depressieve stoornis is ernstiger, als deze met meer symptomen gepaard gaat, en/of met ernstiger symptomen gepaard gaat (suïcidaliteit, psychose), en/of langer duurt, en/of meer aantasting geeft van het algemeen functioneren op meerdere domeinen (school, thuis, hobby's, sociale relaties met leeftijdsgenoten). Het betreft een klinische afweging.

4.2.4 Signaleren van bipolaire problematiek

Belangrijk aandachtspunt is dat de symptomen bij jeugdigen (vooral bij kinderen) verschillen met die van volwassenen met een bipolaire stoornis. De kenmerken van het bipolaire beeld bij jeugdigen zijn (McClellan et al., 2007):

- Snelle schommelingen in stemming en gedrag, vaak geassocieerd met comorbide ADHD en gedragstoornissen
- Zeer snelle, korte, terugkerende manische episodes met een duur van uren tot een paar dagen (Geller et al., 2000; 2004)
- Veranderingen in stemming, energieniveaus en gedrag zijn vaak sterk labiel en grillig in plaats van hardnekkig. Prikkelbaarheid, strijdlust, en gemengde manisch-depressieve kenmerken komen vaker voor dan euforie.
- Bij adolescenten zijn psychotische symptomen, sterk labiele stemmingen, en/of gemengde manische en depressieve kenmerken (Pavuluri et al., 2004a, b, c, d, 2005).
- Chronische vorm van manie bij jeugdigen, hierbij is het basis functioneren manivorm (Wozniak et al., 1995).

De Britse richtlijn voor kinderen en adolescenten met een bipolaire stoornis (McClellan, 2007) geeft op basis van de gevonden literatuur de volgende aanbeveling: "Tijdens het screenen moeten er vragen worden gesteld over verschillende, spontane perioden van stemmingswisselingen geassocieerd met slaapstoornissen en psychomotorische activering. Verhalen over depressie en stemmingsstoornissen in de familie zijn ook erg belangrijk. Symptomen van prikkelbaarheid, roekeloos gedrag of verhoogde energie zijn belangrijk om na te vragen, maar wees bedachtzaam dat deze verschijnselen voorkomen bij een aantal verschillende ziektebeelden en zijn daardoor niet een directe indicatie van een bipolaire stoornis. Omdat emotionele en gedragsproblemen bij kinderen vaak contextafhankelijk zijn, is het van belang om gerapporteerde symptomen te beoordelen in perspectief van de situatie in de familie, op school, bij peers, en andere psychosociale factoren, in plaats van simpelweg een checklist gebruiken om psychopathologie te identificeren."

4.3 Conclusies

- Stemmingsproblemen kunnen overgaan in stemmingsstoornissen en kennen een episodisch beloop met periodes van terugval en recidieven.
- De symptomen van stemmingsproblemen of stemmingsstoornissen verschillen per leeftijdsfase. De verschijningsvorm of uitingsvorm van depressie heeft te maken met de ontwikkeling van het kind of de jeugdige; hoe jonger het kind of de jeugdige, hoe fysieker de verschijningsvorm.
- Aan de hand van de CBCL of de SDQ/S-PSY kan de jeugdprofessional een inschatting maken van de aard en ernst van de problematiek en van wanneer er reden is tot (jeugd)zorg⁹.

4.4 Praktijkoverwegingen

- Het is belangrijk voor goede zorg om helder overzicht te hebben van wie bevoegd en bekwaam is om een stemmingsprobleem of stemmingsstoornis vast te stellen en hoe hierin kan worden samengewerkt vanuit de jeugdhulp.
- Screening op stemmingsstoornissen en stemmingsproblemen en het beoordelen van de uitkomst van een screeningsvragenlijst kan in principe gedaan worden door alle jeugdprofessionals met minimaal HBO-niveau. De interpretatie van de bevindingen en het stellen van een diagnose dienen te worden gedaan door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.
- Jeugdprofessionals die screenen op stemmingsproblemen dienen over voldoende gesprekstechnieken te beheersen om goed door te kunnen vragen. Het is belangrijk dat jeugdprofessionals geschoold zijn in het overkomen van belemmeringen in het adequaat interveniëren bij stemmingsproblemen.
- Een kind of jeugdige moet niet standaard na een negatieve gebeurtenis worden doorverwezen voor verdere beoordeling of behandeling, aangezien het onwaarschijnlijk is dat één enkele gebeurtenis tot depressie zal leiden (Addendum Jeugd).
- Een kind of jeugdige, die recent is blootgesteld aan een ongewenste gebeurtenis, of een ernstig teleurstellende ervaring, en bij wie andere risicofactoren op depressie aanwezig zijn (zoals familiale belasting) moet de mogelijkheid krijgen om over deze recente negatieve ervaringen te spreken met een eerstelijns professional en moet worden beoordeeld op de aanwezigheid van depressieve symptomen. Vroege verwijzing moet worden overwogen als er aanwijzingen zijn voor depressie en/of zelfbeschadiging (Addendum Jeugd).
- De werkgroep vindt het van belang om trainingen te ontwikkelen voor en aan te bieden aan gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg, op scholen en in andere relevante maatschappelijke instellingen om symptomen van stemmingsproblemen te ontdekken, en jeugdigen die een verhoogd risico lopen op stemmingsproblemen te herkennen. De training moet kennis overbrengen over de symptomen van stemmingsproblemen en van de relevante risicofactoren die hierboven zijn samengevat, en aandacht besteden aan communicatieve vaardigheden zoals actief luisteren en gesprekstechnieken om goed te kunnen omgaan met acuut verdriet en geestelijke nood bij kinderen en jongeren na recente negatieve ervaringen.

⁹ De STEP wordt ook veel gebruikt in de jeugdzorg, maar heeft bij het bepalen van de ernst van de depressie geen toegevoegde waarde.

- Vanuit de gedachte, die past bij het model van Bronfenbrenner dat het beter is om deskundigheid naar het kind toe te halen in plaats van het kind naar een deskundige te brengen is het goed om niet te snel door te verwijzen naar andere instellingen, om het kind te laten wonen waar het woont, et cetera. Voorop staat hierbij uiteraard wel dat het kind of de jeugdige deskundige zorg krijgt.
- Toepassing CAP-J: Er worden enkele voorwaarden aan het gebruik gesteld. Ten eerste is het niet de bedoeling het CAP-J te gebruiken als een screeningslijst. Verder stellen Konijn et al. (2009) als minimale eis voor het gebruik van het CAP-J een HBO-opleiding (SPH) met een gerichte training op het gebruik van het CAP-J te worden gevolgd. Er zijn geen restricties op instellingsniveau, het CAP-J kan worden gebruikt door alle instellingen in de brede jeugdhulp.
- De werkgroep is van mening dat scholing van professionals in het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten de signalering van stemmingsproblemen verbetert.

4.5 Aanbevelingen

- Houd bij de signalering van stemmingsproblemen rekening met de ontwikkelingsfase van de jeugdige. Zet de symptomen van de jeugdige af tegen wat als normaal gedrag wordt gezien op die leeftijd en houd rekening met het karakter van de jeugdige.
- Screen jeugdigen in hoogrisicogroepen, bij aanwezigheid van een groot aantal risicofactoren of bij het vermoeden op stemmingsproblemen, altijd op stemmingsproblemen met een van de aanbevolen gestandaardiseerde instrumenten.
- Maak bij het opsporen van stemmingsproblemen bij jeugdigen van vier tot achttien jaar gebruik van de CBCL of de SDQ. Bij elf- tot achttienjarigen kan als zelfrapportagelijst de YSR worden gebruikt.
- Bevraag jeugdigen zelf bij het screenen op stemmingsproblemen. Bevraag ook hun ouders. Hiervoor kunnen de CBCL en de YSR gebruikt worden.
- School jezelf in het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten. Neem bij screening op depressie ook altijd een of meer items over suicide mee. De CBCL/YSR/TRF, S-PSY en CDI geven deze mogelijkheid; een dergelijk item ontbreekt bij de RCADS en CES-D. Bij een positieve beantwoording van het item suicidaliteit moet de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag geraadpleegd worden (Van Hemert, Kerkhof, De Keijser, Verwey, Van Boven, Hummelen, De Groot, en anderen (2012).
- Zorg ervoor dat je over voldoende gesprekstechnieken beschikt om goed door te kunnen vragen bij kinderen en jongeren. Vraag desgewenst om training op dit gebied.
- Verwijs bij ernstige stemmingsstoornissen (volgens uitkomsten van gestandaardiseerde vragenlijst als CBCL/YSR/TRF etc.) door naar een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.
- Wees erop bedacht dat de stemmingsproblemen kunnen verergeren.
- Evalueer de ernst van de problematiek en het resultaat van de interventies steeds weer opnieuw. Verwijs bij ernstige stemmingsstoornissen direct door naar de huisarts of de jeugd-ggz.
- Verwijs direct door naar de huisarts of de jeugd-ggz zodra je signalen krijgt dat er mogelijk sprake is van bipolaire problematiek (de jeugdige heeft bijvoorbeeld hypomane fasen).
- Verwijs bij comorbiditeit direct door naar de huisarts of de jeugd-ggz.
- Zorg dat er een sociale kaart beschikbaar is die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp, de jeugd-ggz, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart moet namen en telefoonnummers bevatten zodat gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

Hoofdstuk 5

Suïcidaliteit



In dit hoofdstuk wordt uitgangsvraag 2 beantwoord:

2. *Wat zijn signalen, risico-, instandhoudende en beschermende factoren voor suïcide en wanneer is direct ingrijpen vereist?*

5.1 Inleiding

Onder 'suïcidaliteit' wordt de suïcidale toestand verstaan. De suïcidale toestand omvat suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en gedachten over de nabije toekomst. Cruciaal zijn betekenissen van gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals door de patiënt gerapporteerd (Multidisciplinaire Richtlijn Suïcide, 2012).

Kinderen en jongeren met een depressie hebben een verhoogd risico op suïcidale gedachten en handelingen. Doorgaans is er sprake van uitval in psychosociaal functioneren, inclusief achteruitgang van cognitief presteren en slechte schoolprestaties. Het actief zoeken van hulp door de jongere zelf gebeurt zelden, evenals het praten met ouders of leeftijdsgenoten over het vaak kwellende en hinderlijke 'je rot of somber voelen' (Addendum Jeugd).

Bij de beantwoording van de uitgangsvraag worden de risico-, instandhoudende en beschermende factoren voor suïcide apart beschreven van de signalen. Vervolgens wordt kort samengevat wanneer ingrijpen is vereist.

Het is van belang om signalen van een dreigende suïcide altijd serieus te nemen. Hou er bij depressie en stemmingsstoornissen altijd rekening mee dat suïcide kan dreigen. Gedachten hieraan worden niet altijd geuit en signalen hierover kunnen subtiel zijn. Raadpleeg ook de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2012).

5.2 Wat zijn signalen voor suïcide?

Gedachten aan suïcide worden volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012) niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. Om achter suïcidaal gedrag te komen moet er onderzoek worden gedaan. Iemand die suïcidale ideeën heeft, kan over suïcide fantaseren, plannen maken (en de intentie hebben) om een suïcidepoging te ondernemen, of daadwerkelijk een suïcide(-poging) ondernemen. Er zijn sterke aanwijzingen dat suïcidale uitlatingen, suïcide-intentie, suïcideplannen, suïcidepogingen en daadwerkelijke suïcide nauw met elkaar samenhangen (Hasley et al., 2008). Wanneer er door de jeugdige een eerdere poging tot suïcide is gedaan, is de kans op herhaling groot dus dit is een helder signaal om extra alert te zijn op gedachten en plannen over zelfdoding (Owens, et al, 2002; Kessler, et al, 1999; Fawcett et al., 1991; Brown et al., 2000; Harris & Barraclough, 1997;).

Zelfbeschadigend gedrag kan een signaal van een suïcidewens zijn, net als risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden of het risico van overlijden niet uit de weg gaat. Maar let op: zelfbeschadiging kan ook een manier zijn om woede, verdriet of eenzaamheid te hanteren (Birmaher & Brent, 2007).

Bij een depressie dient de jeugdprofessional alert te zijn op signalen die wijzen op mogelijk suïcidale gedachten of handelingen. Het *Addendum Jeugd bij Depressie* (2009) adviseert het volgende:

- Neem bij screening voor depressie ook altijd een of meer items over suïcide mee. De CDI, YSR/ CBCL, SPSY geven deze mogelijkheid; een dergelijk item ontbreekt bij de RCADS, CES-D. Antwoordt de jeugdige bevestigend op zo'n item, dan moet de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (2012) worden geraadpleegd.

5.3 Wat zijn risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor suïcide?

De belangrijkste risicofactor voor suïcide door jeugdige is depressie (Amerikaanse richtlijn depressie bij jeugdigen Birmaher & Brent, 2007). Bij depressie komen namelijk vaak suïcidale gedachten en handelingen voor. Daarnaast is de aanwezigheid van andere psychische stoornissen ook een belangrijke risicofactor voor suïcide (Cavanagh et al., 2003 in de MDR Suïcide, 2012). Stressoren, comorbiditeit, hopeloosheid, impulsiviteit (Birmaher et al., 2007) en sociaal isolement (MDR Suïcide, 2012) spelen een belangrijke rol.

De *Multidisciplinaire richtlijn Suïcide* (2012) ziet de risicofactoren in een model van stress, kwetsbaarheid (Goldney, 2008) en entrapment (Williams et al., 2005), die tot suïcidaal gedrag kunnen leiden. Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden. Het entrapment-model beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren kunnen komen tot suïcidaal gedrag. Bij iemand die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen in termen van 'vernedering', 'verlies' of 'afwijzing', kan verlies van zelfrespect en eigenwaarde optreden. Als dit wordt versterkt door een gebrek aan probleemoplossend vermogen, kan dit leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie van entrapment ('in een val opgesloten zitten'). De persoon komt in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag tot gevolg. De toestand hangt vaak samen met psychische stoornissen (Multidisciplinaire Richtlijn Suïcide, 2012)

De *Multidisciplinaire Richtlijn Suïcide* (2012) heeft de kwetsbaarheidsfactoren en stressoren bij jongeren in kaart gebracht met behulp van richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003) en nieuw literatuuronderzoek. De factoren worden hieronder opgesomd, raadpleeg voor de complete wetenschappelijke onderbouwing de *Multidisciplinaire Richtlijn Suïcide* (2012).

Biologische factoren

- Familiaire (erfelijke) belasting is voor zowel jongeren als voor volwassenen een sterke voorspeller van suïcidaal gedrag (Beautrais, 2003).

Persoonskenmerken

- Leeftijd. Jongeren suïcideren zich minder dan volwassenen, maar doen in verhouding wel meer pogingen. Onder de 15 jaar is suïcide zeer zeldzaam, maar het komt wel voor. Een specifieke uitingsvorm van suïcidaliteit op jongere leeftijd bijvoorbeeld roekeloosheid: een



aantal verkeersdoden in deze leeftijdsgroep is waarschijnlijk toe te schrijven aan suïcidale gevoelens (Beautrais, 1996).

- Homo- en biseksualiteit. De kans op suïcidedgedachten en een suïcidepoging is bij bi- en homoseksuele jongeren groter dan bij heteroseksuele jongeren (King et al., 2008; Lewis, 2009; Van Bergen, et al, 2013).
- Geslacht. Het aantal geslaagde suïcides ligt bij jongens hoger dan bij meisjes (Van Hemert & De Kruijff, 2009; <http://statline.cbs.nl/statweb/>), daarentegen ligt het aantal pogingen bij meisjes vele malen hoger (Burger et al., 2010; Burger et al., 2005; Arensman et al., 1995).

In aanvulling op de richtlijn suïcide: Geslacht in combinatie met culturele achtergrond. Meiden met een restrictieve culturele achtergrond die geen aansluiting vindt in de vrije Nederlandse samenleving hebben vaker suïcidale neigingen dan autochtone jongeren (Van Bergen, et al., 2012).

Psychologische factoren

- Adolescenten met suïcidaal gedrag hebben vaak een gering gevoel van eigenwaarde, sterke gevoelens van wanhoop, van introversie, impulsiviteit en roekeloosheid (Beautrais, 1996). Hun sociaal-emotionele vaardigheden schieten vaak tekort (Beautrais, 1996), maar ook gebrek aan toekomstperspectief en gevoelens van hulpeloosheid vormen een risico (Pfeffer, 2001).
- Negatief en dwangmatig denken, impulsiviteit en agressie kunnen een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag (Beck, 1985; 1989a; 1989b; 1990; Brezo, 2006; Morrison & O'Conner, 2008; Conner, 2001. C: Maser, 2002; Mann, 1999).
- Perfectionistisch zijn en daarin zeer zelfkritisch en bezorgd om de verwachtingen die anderen van hem hebben (O'Conner, 2007).
- Gebrekkig probleemoplossend vermogen hangt negatief samen met suïcidaal gedrag (Elliot & Frude, 2001; Speckens e.a., 2005; Piquet e.a., 2001).

Psychische aandoeningen

Bij ongeveer 90% van de jongeren die overlijden door suïcide is er sprake van psychische (co) morbiditeit (Lesage et al., 1994; Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais 1996; Fowler 1986; Ivarson 1998; Pompili 2004.). Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslavingen en antisociaal gedrag. Psychotische zijn (geweest) vormt ook een risico. Comorbiditeit speelt hierin een versterkende rol.

Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

Het leven van jongeren die suïcidepogingen doen kenmerkt zich veelal door een serie van ingrijpende gebeurtenissen vanaf de kindertijd doorlopend in de adolescentie. Het kent minder stabiele perioden dan het leven van adolescenten die geen suïcidepoging doen (De Wilde, et al. 1992). Dezelfde studie vond dat het jaar voorafgaand aan de suïcidepoging een verder vorderende instabiliteit laat zien door bijvoorbeeld verhuizing of op school doubleren (De Wilde, et al. 1992). Andere ingrijpende gebeurtenissen die invloed hebben op mogelijke suïcide zijn seksueel misbruik, echtscheiding, psychische problemen bij de ouders, fysieke problemen bij lid van gezin, veranderende leefsituaties, verhuizing, verwaarlozing, en conflicten binnen het gezin (De Wilde et al., 1992; Beautrais, 2003). In aanvulling hierop vond de studie van Marttunen et

al. (1993) ook factoren als: een verbroken relatie, interpersoonlijke problemen, problemen met het gezag en/of de politie, moeilijkheden op school of op het werk, en werkeloosheid. Een acute stressvolle situatie is in tweederde van de gevallen de aanleiding voor de poging (Beautrais, 2003).

Maatschappelijke factoren en het steunsysteem

- Socioeconomische status (SES). Binnen lage sociaal economische klassen komt suicide vaker voor en is het ook vaker succesvol (Ten Have et al., 2006; Rehkopf & Buka, 2006). Armoede, opgroeien in een achterstandswijk, deprivatie en sociaal buiten de boot vallen zijn risicofactoren voor suicide (Beautrais, 2003).
- Gepest worden. Zowel digitaal als 'live' gepest worden hangt samen met risico op suicide (Hindua & Patchin, 2010; Kim & Leventhal, 2008).

Beschermende factoren suïcide

Het is aannemelijk dat verschillende factoren die uit onderzoek naar volwassenen naar voren kwamen als beschermende factoren, ook voor jeugdigen gelden. Het gaat hierbij om verbondenheid met familie, en een eventuele partner, en het bredere sociale netwerk (vrienden, kennissen, klasgenoten, burens, collega's enzovoort), en het gevoel van verantwoordelijk zijn voor familieleden beschermt tegen suïcidaal gedrag (McLean et al., 2008; Rubenowitz et al., 2001; Hoyer & Lund, 1993). Ook verbondenheid met een professional of mantelzorger is beschermend tegen suïcidaal gedrag (Chesley & Loring-McNulty, 2003). Uit onderzoeken bij suïcidepogers (Chesley & Loring-McNulty, 2003; Fleischmann et al., 2008) waarin gevraagd werd hoe een herhaalde poging kon worden voorkomen, bleek dat het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven is. Verder geeft de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (2012) het volgende aan: het blijkt dat sommige professionals zich geremd voelen om naar suïcidegedachten te vragen, omdat het suïcidegedachten en gedrag in de hand zou kunnen werken. De angst hiervoor is ongegrond. Het is zelfs zo dat het vragen naar deze gedachten de spanningsklachten en suïcidegedachten bij hoogrisicogroepen (jongeren met depressieve symptomen of met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag) doet afnemen.

5.4 Wanneer is direct ingrijpen gewenst?

'Elke vorm van suïcidaal gedrag is geassocieerd met een verhoogd risico op suicide. Professionals die met suïcidaal gedrag worden geconfronteerd, moeten het gedrag – hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook – serieus nemen. Weeg altijd af of medisch handelen geïndiceerd is' (*Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, 2012).

Verder is de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* helder over de te nemen actie: onderzoek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd bij iedereen die met enige overtuiging suïcidale uitspraken doet, of die een suïcidepoging heeft gedaan. Maar let op: suïcidale mensen brengen hun suïcidegedachten niet altijd uit zichzelf ter sprake.

Doe in de volgende situaties actief navraag naar suïcidegedachten:

- bij psychologisch onderzoek en/of in crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen;
- bij uitingen van wanhoop;

- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;
- op transitiemomenten in de lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname;
- bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychische stoornis;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

5.5 Praktijk overwegingen

- Het komt regelmatig voor dat jongeren hun suïcidale gedrag ergens anders presenteren dan binnen het gezin. Soms ervaren suïcidale jongeren de relaties met hun ouders in die situatie als minder betekenisvol, waardoor zij eerder anderen dan de ouders in vertrouwen nemen. Leeftijdgenoten of andere volwassenen (een trainer, een aandachtsgedocent, een buurvrouw) zijn echter niet in de positie om formele en informele verantwoordelijkheden voor de jongere te dragen. Om die reden is het belangrijk om zo snel mogelijk de ouders bij de diagnostiek en de behandeling te betrekken. Is dit onmogelijk of gecontra-indiceerd door ernstig incompetent ouderschap, psychische ziekte van een ouder of van beide ouders, afwezigheid van een ouder of ouders, of sterke onwil van de jongere boven de 18 jaar in deze situatie, dan kan hier beredeneerd van worden afgeweken. Wel dient de professional te proberen om een andere volwassene die zorg voor de jongere draagt of wil gaan dragen, bij de hulp te betrekken.
- Niet alleen is de emotionele volwassenheid in de regel pas bereikt bij circa 22 jaar (Crone, 2008), maar vooral jongeren die ernstig in de problemen zitten en suïcidaal gedrag vertonen, zijn vaak met hun ontwikkeling minder ver gevorderd dan bij hun kalenderleeftijd past.
- Bij de afweging om de ouders te betrekken bij de zorg moet de professional zich niet alleen laten leiden door de leeftijd, maar ook door de ernst van het klinische beeld, de mate waarin direct handelen noodzakelijk is, de wensen van de jongere, en het oordeel van de professional over mogelijkheden van de jongere om de situatie juist in te schatten. Naasten hebben vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer professionals aan deze behoefte tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de patiënt, op de kwaliteit van de werkrelatie met de patiënt en zijn naasten, en op de therapietrouw.
- De ernst van het suïcidale gedrag, de somatische toestand en de mate van coöperatie bepalen welke interventies nodig zijn om de patiënt tegen zichzelf te beschermen.
- Professionals moeten oog hebben voor de directe noodzaak van behandeling van de somatische toestand.
- Professionals moeten oog hebben voor het verhinderen van de toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen.
- Professionals moeten kunnen rekenen op bijstand van hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance). In zorgsettings moeten professionals daarnaast een beroep kunnen doen op collega's en – indien aanwezig – op beveiligingspersoneel.
- Als de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen nodig zijn. Het handelen moet allereerst gericht zijn op de

veiligheid; direct daarna op de juridische afhandeling en herstel van wederkerigheid in de behandelrelatie.

- Suïcidaal gedrag kent een wisselend beloop. Het onderzoek naar de suïcidale toestand moet geregeld herhaald worden.
- Tijdens transitie momenten in de behandeling (bij overplaatsing naar een andere behandelsetting en bij ontslag) en in niet-acute situaties krijgt zorg voor veiligheid en continuïteit van zorg vorm door goede afspraken te maken over nazorg. Veiligheidsafspraken worden vastgelegd in het veiligheidsplan, signaleringsplan of behandelplan.
- Bij de zorg voor veiligheid en continuïteit zijn vaak meerdere intra- en extramurale (zorg-) disciplines betrokken. Goede afspraken met ketenpartners zijn noodzakelijk. Zie Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens et al., 2010).
- Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie vormt de basis voor de verdere hulpverlening. Dit vraagt om specifieke vaardigheden. Bij de bespreking van de kwetsbaarheidfactoren en stressoren kan het zijn dat de adolescent het belang daarvan anders ervaart dan een volwassene. Wanneer de professional empathie toont voor de aanleidingen van het gedrag en het belang daarvan begrijpt, kan dat de adolescent helpen om een vertrouwensrelatie te krijgen waarbij de adolescent zich serieus genomen voelt in zijn wanhoop.
- Het is vanzelfsprekend dat de bejegening van de ouders nooit direct of indirect beschuldigend mag zijn. Integendeel, de stijl dient nadrukkelijk steunend te zijn en gericht op bekrachtiging van de ouders en het versterken van hun betrokkenheid bij hun kind. In dit gesprek moet de behandelaar in staat zijn een meervoudige partijdigheid te tonen door zowel met de jongere als met de ouders een ondersteunend contact aan te gaan. Wanneer zich tijdens het gesprek met de adolescent en diens ouders en gezin meningsverschillen of conflicten voordoen die de algemene gang van zaken in dat gezin betreffen, is het verstandig om – met respect voor de mening van de adolescent – de verantwoordelijkheid van de ouders voor die conflicten te benadrukken.
- Van het gezin moet duidelijk worden welke andere gezinsleden thuis zijn en welke rollen zij vervullen, maar ook welke andere personen bijdragen aan het functioneren van het gezin. Belangrijk is te weten of er sprake is van een familiale belasting. Wanneer in het gesprek familiegegevens naar voren komen waaruit blijkt dat leden van het gezin of van de familie eerder te kampen hadden met suïcidaal gedrag, dient deze informatie zodanig benaderd te worden dat het voor de adolescent duidelijk wordt dat suïcidaal gedrag niet gezien wordt als een acceptabele uitweg uit de problemen.
- De school is voor veel jongeren een belangrijke plaats. Zorgprofessionals worden ingeschakeld door decanen, mentoren en andere leerlingbegeleiders. Pompili et al. (2011) beschrijven in een overzichtartikel enkele belangrijke waarschuwingssignalen. Deze betreffen:
 - onverwachte gedragsverandering zoals plotseling verslechterde schoolprestaties en schoolverzuim, terugtrekking met grote stemmingsverandering
 - actief in de weer zijn met de thema's depressie, dood en suïcide.
- Opnames bij suicide risico vergroten de kans op een volgende suicide dreiging. Fonagy en Bateman (The American Journal of Psychiatry, VOL. 166, No. 12; December 01, 2009;

Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline 10.1176/appi.ajp.2009.09040539) beschrijven hoe MBT in vergelijking met het klinisch beleid betere effecten geeft onder andere waar het gaat om suïcidedreiging. Myriam van Gael baseert zich op Fonagy en Bateman en maakt onderscheid tussen acute en chronische suïcidaliteit, waarbij opname bij de laatste een negatief effect kan hebben. Ad Kerkhof noemt suïcidepogingen wanneer kort te voren verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Daarnaast waarschuwt hij voor reacties van omstanders op suicide van een medepatiënt, die herhaling kan uitlokken (sociale leertheorie). Rapopor heeft onderzoek gedaan naar het voorschrijf gedrag van huisartsen wanneer eenmaal een opname heeft plaatsgevonden. Dit zou daarna makkelijker herhaald worden.

- Op veel jeugdhulp plekken is 'suicide' een contra indicatie, maar suïcidaliteit kan wel kan ontstaan en dan is voor hulpverleners niet duidelijk hoe hier mee om te moeten gaan.
- Als er geen onameplek is, dan blijft de patiënt toch bij jeugdhulp maar je hebt vaak maar één persoon op de groep, geen isolatieruimte. Hoe laat je dan de patiënt achter? Hulptroupen dienen ook daadwerkelijk klaar te staan. Bij tijdelijke suïcidaliteit ontstaan er vaak nog meer problemen door overplaatsing.

5.6 Aanbevelingen

- Geef depressieve kinderen en jongeren steun en hoop, zorg dat een volwassene adequaat toezicht houdt op de jeugdige, en los praktische problemen en knelpunten die de depressie in stand kunnen houden op.
- Zorg voor goede diagnostiek van stemmingsstoornissen en andere vormen van psychische problematiek als een kind of jongere een vraag over suicide in een vragenlijst of gesprek positief beantwoordt. Verwijs hiervoor naar een professional met kennis van en ervaring met de leeftijdsgroep van de jeugdige. Die kan het onderzoek afstemmen op de ontwikkelingsfase waarin de jeugdige verkeert.
- Wanneer je suïcidaliteit vermoedt, maak dit dan bespreekbaar. Een globale gesprekslijn is de volgende: vraag naar iemands huidige gemoedtoestand en suïcidale gedachten en, afhankelijk van dat antwoord, naar plannen, motieven, achtergronden en stappen die mogelijk al gezet zijn. Probeer vervolgens helder te krijgen wat de jeugdige met zijn suïcidepoging wil bereiken. Bespreek of er mogelijk andere manieren zijn om dat doel te behalen. Schakel eventueel een collega of andere hulpverlener in.
- Neem altijd contact op met collega's en je inhoudelijk leidinggevende wanneer je met een jeugdige over diens suïcidaliteit hebt gesproken en deel je ervaring in het team. Zeg ook tegen de jeugdige dat je dit met anderen bespreekt. Beloof geen geheimhouding maar wel vertrouwelijkheid. Mocht je je niet voldoende toegerust voelen, zeg dit dan tegen de jeugdige en zorg voor een warme overdracht naar een collega.
- Plaats een jeugdige niet direct over bij (tijdelijke) suïcidaliteit, mits de veiligheid gewaarborgd kan worden. Overplaatsing en daarmee het verbreken van de werkrelatie kan als een afwijzing of verlies ervaren worden en suïcidedrag versterken. Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg.
- Stel een samenhangend beleid op waarin alle bovenstaande punten over suïcidepreventie zijn opgenomen: visie formuleren, implementeren van multidisciplinaire richtlijnen,

bijgescholen van professionals, continu monitoren van cliënten op gevoelens van suïcidaliteit, terughoudend zijn met non-suicidecontracten, continuïteit van zorg bewerkstellingen, familieleden bij de zorg betrekken, transparant toezicht bieden, leren van suïcides, aandacht schenken aan fysieke veiligheid (waaronder ontwerp, inrichting en omgeving van gebouwen), waken voor imitatie-effecten binnen de groep, en nazorg bieden aan naasten en groepsgenoten bij indrukwekkende gebeurtenissen op dit vlak.





Hoofdstuk 6

Effectieve interventies



In dit hoofdstuk worden uitgangsvraag 5, 7 en 8 beantwoord:

5. *Wat zijn, voor welke leeftijden, (kosten)effectieve preventieve interventies die jeugdhulp kan bieden?*
7. *Wat zijn, voor welke leeftijden, (kosten)effectieve interventies bij stemmingsproblemen die jeugdhulp kan bieden?*
8. *Welke criteria, indicaties en contra-indicaties bepalen de volgorde waarin interventies worden aangeboden bij meervoudige problematiek, waaronder stemmingsproblemen?*

6.1 Inleiding

Preventieve interventies zijn te groeperen onder universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

Universele preventie is gericht op de bevolking in het algemeen en bedoeld om de invloed van risicofactoren in het algemeen te verkleinen. Voorlichting over verschillende psychische aandoeningen is een vorm van universele preventie (Meijer et al., 2006 in Rooijen & Ince, 2012).

Selectieve preventie richt zich op specifieke bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van stemmingsproblemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Zij hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van allerlei psychische klachten. De selectieve interventies kennen meer variatie dan de universele en geïndiceerde interventies omdat ze gericht zijn op een meer diverse groep (Rooijen & Ince, 2012).

Interventies binnen de jeugdhulp gericht op jeugdigen die al stemmingsproblemen hebben maar nog niet voldoen aan de diagnose voor een stemmingsstoornis¹⁰ (volgens de DSM-5). Deze jeugdigen lopen een sterk verhoogde kans om een stemmingsstoornis te ontwikkelen (Meijer et al., 2006 in Rooijen & Ince, 2012). Deze interventies zijn gericht op het verminderen van stemmingsproblemen en het voorkomen van een stemmingsstoornis (Rooijen & Ince, 2012).

Samenvattend kunnen we zeggen dat universele en selectieve preventie gericht zijn op het voorkómen van angst- en stemmingsproblemen, terwijl geïndiceerde preventie gericht is op het verminderen van problemen (Rooijen & Ince, 2012).

Voor preventieve interventies kunnen dezelfde principes gebruikt als voor de behandeling van stoornissen worden gebruikt (Barrett & Turner (2004) in Rooijen & Ince (2012)).

6.2 Zoekmethode

Om specifiek in Nederland beschikbare interventies voor de uitgangsvraag 5 en 7 te inventariseren is er gebruik gemaakt van recente Nederlandse literatuur (MDR Depressie Jeugd, 2009; Conijn & Ruiters, 2011; Rooijen & Ince, 2012) en er is een search gedaan in de 'Databank effectieve jeugdinterventies'. Ook werd onder de richtlijnwerkgroepleden geïnventariseerd of er belangrijke interventies werden gemist.

¹⁰ Binnen de jeugd-ggz vallen interventies gericht op subklinische problematiek onder 'geïndiceerde preventie'; binnen de jeugdzorg is geïndiceerde preventie geen gebruikelijke terminologie.

In de 'Databank effectieve jeugdinterventies' (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>) stonden de voor deze richtlijn relevante interventies opgesomd onder het probleemgebied 'Internaliseren: emoties, angst en stemming' (38 interventies). Aanvullend is er op 25 april 2012 een search verricht in de database met termen 'Depressie', 'Stemming', 'Manivorm', 'Bipolair en 'Somber' (geen aanvullende interventies gevonden).¹¹

De gevonden interventies werden beoordeeld op de volgende criteria:

- Leeftijdsgroep vanaf 6 jaar
- Er is bij de doelgroep sprake van (een vermoeden op) (het ontwikkelen van) stemmingsproblemen
- De interventie richt zich op signalering, diagnostiek, preventie of behandeling.

Om de relevante data van de interventies in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van een format met de volgende onderwerpen: doelgroep, doel, niveau van bewijs, wetenschappelijke evaluatie, inhoud van de interventie, setting en uitvoerders (betrokken intermediair/ professionals) en de eigenaar van de interventie.

Het onderwerp wetenschappelijke evaluatie is van specifiek belang. Hierin wordt beschreven wat voor effect de interventie heeft op voor de uitgangsvraag relevante uitkomsten, zoals het verminderen van de stemmingsproblemen of het versterken van een beschermende factor. Het kan ook zijn dat de interventie een principe bevat (cognitief-gedragstherapeutische principes) waarvan aangetoond is dat deze stemmingsproblemen kan voorkomen/verminderen.

6.3 Wetenschappelijke onderbouwing

6.3.1 Algemene evidentie

Universele preventie programma's gericht op vermindering van depressieve symptomen bij jongeren zijn niet significant effectiever dan geen interventie (MDR Depressie Jeugd, 2009). Er is geen significant effect gevonden in het verminderen van depressieve klachten, noch in het voorkomen van depressieve stoornissen. (Bewijskracht A1: Horowitz & Garber (2007). Rooijen & Ince (2012) vinden daarentegen in een meta-analyse van Merry e.a. (2011) dat universele interventies tot een klinisch significante afname leiden van depressieve stoornissen 3 tot 9 maanden na afloop van de interventie (de effecten waren na 12 maanden niet meer aanwezig).

Selectieve preventie helpt bij het verminderen en voorkómen van psychische klachten bij kinderen met verhoogd risico (zoals kinderen van ouders met psychische klachten) (Bewijskracht A1: Horowitz & Garber, 2007 in de MDR Depressie Jeugd, 2009). Rooijen & Ince (2012) komen tot dezelfde conclusie op basis van een meta-analyse van Merry e.a. (2011). Selectieve preventieve interventies leiden tot een klinisch significante afname van depressieve stoornissen bij de nameting en 3, 9 en 12 maanden na afloop van de interventie. De resultaten na twee jaar zijn, mede door het kleine aantal studies, niet eenduidig. Er zijn aanwijzingen dat de effecten na twee jaar uitdoven.

¹¹ Voor een aantal gepaste interventies is depressie niet de indicatie; deze interventies komen alleen naar voren als de ontwikkelaar de indicatie bij depressie heeft aangegeven bij de interventie

*Preventieve interventie gericht op de problematiek*¹² - preventieprogramma's voor kinderen en jongeren uit de normale bevolking met een verhoogd depressieniveau zijn effectief in het verminderen van depressieve klachten. (Bewijskracht A1: Horowitz & Garber, 2007 in de MDR Depressie Jeugd, 2009).

6.3.2 Overzicht interventies

In de *MDR Depressie Jeugd (2009)* en/of Conijn & Ruiter (2011) en/of Rooijen & Ince (2012) worden verschillende interventies beschreven. In het navolgende worden eerst de interventies beschreven voor kinderen (tabel 6.1) en jongeren (tabel 6.2) met stemmingsproblemen.

Het betreft interventies¹³ die tot doel hebben de verergering van de problematiek te voorkomen. Daarna volgen selectieve preventieprogramma's voor kinderen (tabel 6.3) en jongeren (tabel 6.4) die een verhoogd risico hebben psychische klachten te ontwikkelen en interventies gericht op de ouders (tabel 6.5). Als laatste komen aan bod de universele interventieprogramma's die met name gericht op kinderen en jongeren op school (tabellen 6.6 en 6.7 en interventies voor de ouders (tabel 6.8).

Tabel 6.1: Interventies ter voorkoming van de verergering van de problematiek bij kinderen van 6 tot 12 jaar

Naam interventie	Primaire doelgroep Kinderen basisschool	In welke setting toepassen	Beoordeling
Vrienden	7 - 16 jr. Kinderen/ jeugdigen met stemmingsproblemen en/of angststoornissen	jh Verwijzen naar: k & j ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Pak aan	9 - 13 jr. Kinderen/ jeugdigen met stemmingsproblemen	Verwijzen naar: k & j ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau B

Tabel 6.2: Interventies ter voorkoming van de verergering van de problematiek bij jongeren vanaf 12 jaar

Naam interventie	Primaire doelgroep Jeugdigen voorgezet onderwijs	In welke setting toepassen	Beoordeling
Head up	13 - 17 jr.	jh mits kennis over en ervaring met cognitieve gedrags- therapeutische technieken (bv, GGG- schema)	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies

¹² In andere sectoren, zoals de ggz wordt dit ook geïndiceerde preventie genoemd.

Naam interventie	Primaire doelgroep Jeugdigen voorgezet onderwijs	In welke setting toepassen	Beoordeling
Vrienden	7 - 16 jr. Kinderen/ jeugdigen met stemmingsproblemen en/of angststoornissen	jh Verwijzen naar: k & j ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Stemmingmakerij	15 - 19 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	jh, school, j-ggz	Waarschijnlijk effectief MDR Depressie jeugd: niveau C
De D(o)epressie-cursus	16 - 21 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	jh mits kennis over en ervaring met cognitieve gedrags- therapie j-ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Praten online	12 - 23 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	Online instrument (chat)	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau C
Gripopjedip (online)	16 - 25 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	Online instrument (chat)	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau C
Pak aan	9 - 13 jr. Kinderen/ jeugdigen met stemmingsproblemen	Verwijzen naar: k & j ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau B
Stap op weg (verkorte versie van Doeptessie)	14 - 18 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	ggz-preventieafdeling	MDR Depressie jeugd: niveau D Wordt niet meer gebruikt? vervangen door Headup
Gripopjedip (papier)	18 - 25 jr. Jeugdigen met stemmingsproblemen	ggz-preventieafdeling	Voor-nameting = veranderingsonderzoek
Zwaar weer.nl	12 - 18 jr. met vragen over dipje en depressies	Online instrument www.zwaarweer.nl van Korrelatie	MDR Depressie jeugd: niveau D

Slechte tijden, goede tijden	12 - 19 jr.	Antibaalcursus bij lichte tot matige depressieve klachten en baalstemmingen.	Niet opgenomen in de databank, reden: geen persoon of organisatie die informatie kan aanleveren.
Op volle kracht Penn intervention program	Meisjes 11 - 14 jr.	School	Niet opgenomen in de databank of de MDR Depressie (2009). Publicaties Kindt et al., 2012 en Wijnhoven et al., 2013. Effectief bevonden in RCT.

Tabel 6.3: Selectieve interventies voor kinderen van 6 tot 12 jaar met een verhoogd risico op psychische problemen

Naam interventie	Primaire doelgroep	In welke setting toepassen	Beoordeling
Vrienden	7 - 16 jr.	jh Verwijzen naar: k & j ggz	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	9 - 14 jr. Kinderen met ouder(s) met psychische of verslavingsproblemen	jh Verwijzen naar: k & j ggz Thuis of in instelling	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Doepraatgroep KOPP	8 - 12 jr. Kinderen met ouder(s) met psychische of verslavingsproblemen	Verwijzen naar: k & j ggz	Niet erkend door Erkeningscommissie Interventies MDR Depressie jeugd: niveau D

Tabel 6.4: Selectieve interventies voor jongeren vanaf 12 jaar met een verhoogd risico op psychische problemen

Naam interventie	Primaire doelgroep Jeugdigen voortgezet onderwijs Selectieve preventie	In welke setting toepassen	Beoordeling
Psycho-educatieve gezinsinterventie	9 - 14 jr. Kinderen met ouder(s) met psychische of verslavingsproblemen	jh Verwijzen naar: k & j ggz Thuis of in instelling	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Pubergroep KOPP	13 - 15 jr. Jeugdigen met ouder(s) met psychische of verslavingsproblemen	Verwijzen naar: k & j ggz	Niet erkend door Erkeningscommissie Interventies MDR Depressie jeugd: niveau D
Kopstoring www.kopstoring.nl	16 - 25 jr. Jeugdigen met ouder(s) met psychische of verslavingsproblemen	Online instrument (chat)	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau D
Denken en voelen	12 - 18 jr. Jeugdigen in residentiële jeugdhulpverleningsinstelling	jh	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkeningscommissie Interventies

Tabel 6.5: Selectieve interventie voor ouders van kinderen met een verhoogd risico op psychische problemen

Naam interventie	Primaire doelgroep Ouder(s)	In welke setting toepassen	Beoordeling
KopOpOuders www.kopopouders.nl	Ouders met psychische of verslavingsproblemen van kinderen 1 - 18 jr.	Online instrument	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau D
Triple P (Niveau 4 en 5 bij ernstige problemen)	Ouders kinderen 0 - 16 jr.	Niveau 4: training opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van kind, veelvoudige gedragsproblemen in meerdere settings, duidelijke tekortkomingen opvoedingsvaardigheden ouders, Niveau 5: gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen kind	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies

Tabel 6.6: Universele interventies voor kinderen van 6 tot 12 jaar om psychische problemen te voorkomen

Naam interventie	Primaire doelgroep Kinderen Basisschool	In welke setting toepassen	Beoordeling
Vrienden	7 - 16 jr.	School	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Leefstijl	4 - 18 jr.	School, kinderopvang, jeugdwerk, sportclub	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies
Zippy's vrienden	Groep 2,3 en 4	School	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies

Tabel 6.7: Universele interventies voor jongeren van 12 tot 18 jaar om psychische problemen te voorkomen

Naam interventie	Primaire doelgroep Jeugdigen voortgezet onderwijs	In welke setting toepassen	Beoordeling
Vrienden	7 - 16 jr.	School	Theoretisch goed onderbouwd MDR Depressie jeugd: niveau A1
Leefstijl	4 - 18 jr.	School, kinderopvang, jeugdwerk, sportclub	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies
Levensvaardigheden	14 - 17 jr.	School	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies

Naam interventie	Primaire doelgroep Jeugdigen voortgezet onderwijs	In welke setting toepassen	Beoordeling
Plezier op school	12 - 13 jr.	jh Verwijzen naar: j-ggz, ggd	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies
Op volle kracht Penn intervention program	11 - 14 jr.	School	Niet opgenomen in de databank of de MDR Depressie (2009). Publicaties Kindt et al., 2012 en Wijnhoven et al., 2013. Niet effectief bevonden als universele interventie.

Tabel 6.8: Universele interventies voor ouders

Naam interventie	Primaire doelgroep Ouder(s)	In welke setting toepassen	Beoordeling
Triple P (Niveau 1,2,3 bij beperkte ernst problemen)	Ouders kinderen 0 - 16 jr.	Niveau 1: massamedia- campagne Niveau 2: voorlichtings- gesprekken over gedrag en ontwikkeling kinderen, geïnteresseerde ouders, Niveau 3: ouders met specifieke zorgen over gedrag en ontwikkeling van kind	Theoretisch goed onderbouwd Erkend door Erkenningscommissie Interventies

6.3.3 Interventiebeschrijvingen

De aanbevolen interventies worden in deze paragraaf kort samengevat met de voor deze richtlijn relevante aangetoonde effecten (de betekenis van de beoordelingen van de bewijskracht is opgenomen in bijlage 1 en 2).

Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP

Samenvatting

Het gaat hier om een kortdurende interventie, bestemd voor gezinnen met een kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychische stoornis heeft. Doel is te voorkomen dat kinderen zelf problemen ontwikkelen. Dit wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau A1.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 12/02/2009 geeft als oordeel: Theoretisch goed onderbouwd.

Effect op Depressie (verwante symptomen)

Rooijen & Ince (2012) beschrijven dat er in de Verenigde Staten een onderzoek heeft plaatsgevonden naar de effecten van de interventie. In een gerandomiseerde gecontroleerde trial werd deze intensieve gezinsinterventie vergeleken met een minder intensieve psycho-educatieve conditie waarin gezinnen alleen informatie kregen over stemmingsstoornissen en de gevolgen voor het gezin. Daarbij werden zij aangemoedigd om met elkaar te praten. Het onderzoek liep door tot twee en half jaar na de interventies. Kinderen in beide condities bleken op de lange termijn minder internaliserende problemen te hebben. De intensieve gezinsinterventie had echter meer effect op andere factoren. Zo was bijvoorbeeld de communicatie tussen ouders en kinderen verbeterd en hadden kinderen meer begrip voor de ziekte van hun ouders dan kinderen in de 'lecture' conditie (Beardslee et al., 2003).

MDR Depressie Jeugd (2009) beschrijft dat er positieve resultaten kwamen uit een gecontroleerd Amerikaans onderzoek (Beardslee et al., 2007). Bovendien vertoonde kinderen een hoger niveau van algeheel functioneren dan kinderen in de controlegroep (Beardslee et al., 1997). Verder is er lopend onderzoek in Nederland.

Conclusie

In buitenlands onderzoek is aangetoond dat Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP effect heeft op internaliserende problemen en algeheel functioneren.

Aanbevelingen

- De interventie Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP is aanbevolen bij kinderen van 6-12 jaar met een verhoogd risico op stemmingsproblemen doordat een of beide ouders een psychische stoornis heeft met als doel het verminderen en helpen voorkómen van stemmingsproblemen. Het gezin mag niet in een crisissituatie zitten.
- De interventie Doepraatgroep KOPP wordt aanbevolen bij jongeren vanaf 12 jaar met een verhoogd risico op stemmingsproblemen, voor het verminderen en helpen voorkómen van stemmingsproblemen, indien één of beide ouders een psychische stoornis heeft.



Vrienden

Samenvatting

VRIENDEN is een individuele of groepsinterventie voor jeugdigen van 7 tot en met 16 jaar die last hebben van angststoornissen en depressieve klachten. Het programma leert in tien bijeenkomsten vaardigheden en technieken aan om de angst of depressie aan te pakken. Voor de ouders zijn er vier bijeenkomsten. VRIENDEN kan ook als preventieprogramma worden gebruikt, bijvoorbeeld op school.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau A1.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 23/04/2010 geeft als oordeel: Theoretisch goed onderbouwd.

Effect op depressie (verwante) symptomen

Uit Australisch onderzoek blijkt VRIENDEN wel geschikt ter vermindering van depressieve symptomen binnen een geïndiceerde preventie en niet als universele preventie. Er zijn (nog) geen Nederlandse onderzoeksresultaten

Conclusie

In buitenlands onderzoek is aangetoond dat VRIENDEN depressieve symptomen vermindert.

Aanbevelingen

- De interventie Vrienden wordt aanbevolen in de behandeling van stemmingproblemen bij jeugdigen vanaf 6 jaar om stemmingproblemen te verminderen en verergering van stemmingproblemen te voorkomen.
- De interventie Vrienden wordt aanbevolen bij jeugdigen vanaf 6 jaar met een verhoogd risico op stemmingproblemen om stemmingproblemen te verminderen of helpen voorkómen.

Triple P - niveau 4 en 5

Samenvatting

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Triple P biedt zowel universele als selectieve en geïndiceerde preventie.

De interventie onderscheidt hiervoor vijf niveaus van ondersteuning die zijn afgestemd op de verschillende behoeften van gezinnen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders voorziet van de gewenste informatie en steun bij de opvoeding. De vijf niveaus van ondersteuning zijn:

Voorlichting en informatie vind plaats via de media en andere informatiebronnen.

Korte individuele voorlichtingsgesprekken over de ontwikkeling en het gedrag van kinderen.
Gericht advies bij specifieke zorgen over het gedrag en/of de ontwikkeling van het kind.
Training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind.
Gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen gecombineerd met overige gezinsproblemen.

Oordeel Panel Jeugdgezondheidszorg en Preventie d.d. 06/06/2006: Theoretisch goed onderbouwd

Effect op Depressie (verwante symptomen)

In 7 studies (niveau 4) met voor-en nameting of follow-up werden consistent significante positieve resultaten gevonden op het verminderen van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen. Deze resultaten hadden, variërend per studie, kleine tot grote effectgroottes op deze uitkomstmaat. Uit een gerandomiseerd onderzoek (Onrust, 2011) bleek een klein effect op gedrags- en emotionele problemen (zowel post treatment als tijdens de 6 maanden follow-up)

Conclusie

Het is aangetoond dat Triple P niveau 4 emotionele problemen vermindert.

Aanbevelingen

- De interventie Triple P is aanbevolen aan ouders van kinderen met een verhoogd risico op stemmingproblemen in de leeftijd vanaf 0 jaar om stemmingproblemen bij de jeugdigen te voorkomen. De kinderen zijn de einddoelgroep. Deelname is af te raden wanneer het gezin te maken heeft met een grote tegenslag.

Pak aan

Samenvatting

Pak aan is een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor kinderen van negen tot dertien jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming. Het doel van Pak aan is depressieve klachten te verminderen. Er zijn 18 sessies.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau B.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 11/12/2009 geeft als oordeel: Theoretisch goed onderbouwd.

Effect op depressie (verwante) symptomen

Rooijen & Ince (2012) beschrijven op basis van ander onderzoek (de Cuyper et al., 2004) dat direct na het programma 90% van de kinderen nog voldeed aan een van de criteria van depressieve symptomatologie, na 4 maanden 36% en na 12 maanden 25%. Het onderzoek wijst uit dat het Amerikaanse programma goed toepasbaar is bij een Europese steekproef. Cuyper et al. (2004) maken wel enkele kritische kanttekeningen bij het onderzoek. Ten eerste is het onderzoek gedaan met een kleine steekproef en bestaat uit kinderen met milde tot middelmatige symptomen.

Conclusie

Uit Vlaams onderzoek lijkt het waarschijnlijk dat 'Pak aan' een positief effect heeft op depressieve symptomatologie.

Aanbevelingen

- De interventie Pak aan wordt aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jeugdigen van af 6 jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.

Praten online

Samenvatting

Informatie, forum, zelftest en chatten voor jongeren van 12-22 met stemmingsproblemen. Chatten met professional op basis van oplossingsgerichte therapie, gemiddeld 3 sessies, alleen voor hoogscoorders op de zelftest, geen exclusiecriteria voor deelname.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau C

Oordeel deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d. 19/02/2010:
Theoretisch goed onderbouwd

Effect op Depressie (verwante symptomen)

Bij vergelijking van pretest- en posttestscores blijkt uit een gepaarde t-toets dat een significante afname in depressieve klachten plaatsvindt (Ooijevaar e.a., 2007).

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat Praten online een positief effect heeft op depressieve klachten.

Aanbevelingen

- De interventie Praten online wordt aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf 12 jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen. Contra-indicaties zijn een ernstig verstandelijke beperking en acute psychose.

Stemmingmakerij

Samenvatting

Stemmingmakerij is een groepsgerichte, preventieve interventie, in cursusvorm, bestemd voor jongeren tussen de 15 en 19 jaar die last hebben van een hoog niveau van depressieve klachten. Het doel is depressieve symptomen te verminderen en depressieve stoornissen op te heffen.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau C.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 11/12/2009 geeft als oordeel: Waarschijnlijk effectief.

Effect op depressie (verwante) symptomen

Er is een Nederlandse ongecontroleerde effectstudie gedaan (Ruiter, 1997): Deelname leidt tot minder depressieve symptomen en algemeen-psychische klachten. Sociale vaardigheden verbeterden bij deelnemers met een vertraging van een half jaar. Stemmingmakerij draagt significant bij aan een verbeterde zelfwaardering.

Conclusie

Het is waarschijnlijk dat Stemmingmakerij een positief effect heeft op depressieve symptomen.

Aanbevelingen

- De interventie Stemmingmakerij is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf 12 jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.

Grip op je dip online

Samenvatting

Gripopjedip online is een preventieve online groepscursus in chatbox voor jongeren (16-25 jaar) met depressieve klachten. Doel van Gripopjedip online is het verhelpen of verminderen van depressieve klachten bij jongeren om depressie te voorkomen. De groepscursus bestaat uit acht wekelijkse online bijeenkomsten van anderhalf uur, gegeven in een beveiligde chatbox en begeleid door een ervaren professional of twee professionals met beginnende ervaring uit de geestelijke gezondheidszorg. Iedere bijeenkomst heeft een thema en vaste programmaonderdelen.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau C.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 31/03/2008 geeft als oordeel: Theoretisch goed onderbouwd.

Effect op Depressie (verwante symptomen)

Rooijen & Ince (2012) beschrijven dat er in een pilotstudie zonder controlegroep naar Grip op je Dip (de versie was niet online) er gerapporteerd is dat jongeren een significante afname hadden van depressieve klachten (Voordouw et al., 2002).

Verder beschrijven Rooijen & Ince (2012) dat er naar de online versie van Grip op je dip twee pilotonderzoeken en een vervolgonderzoek zijn verricht met een voor- en nameting. De jongeren rapporteerden een significante afname van depressieve symptomen (Van der Zanden, Conijn, Visscher & Gerrits, 2005; Gerrits, van der Zanden, Visscher & Conijn, 2007). Er is inmiddels ook grootschalig effectonderzoek naar Gripopjediponline gedaan. De eerste resultaten laten zien dat bij jongeren die de online cursus volgen, sprake is van afname van depressieve klachten en een toename van het gevoel grip te hebben op hun leven. De resultaten worden binnenkort gepubliceerd.

Conclusie

Het is lijkt waarschijnlijk dat 'Grip op je dip online' een positief effect heeft op depressieve symptomen.

Aanbevelingen

- De interventie Gripopjedip (online) is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf 12 jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.



De D(o)epressie cursus

Samenvatting

De D(o)epressie cursus is een cognitief-gedragstherapeutische, groepsmatige behandeling voor adolescenten tussen de 16 en 21 jaar met depressieve symptomen, een depressie in engere zin of een dysthyme stoornis. D(o)epressie is gericht op het verwerven en versterken van vaardigheden om in het dagelijks leven beter te kunnen functioneren met zo min mogelijk depressieve klachten. Er zijn 16 bijeenkomsten.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau A1.

Erkenningscommissie Interventies d.d. 11/12/2009 geeft als oordeel: Theoretisch goed onderbouwd.

Effect op depressie (verwante) symptomen

Rooijen & Ince (2012) beschrijven dat er alleen indirect bewijs is voor de effectiviteit van deze Nederlandse interventie. De Amerikaanse versie: Coping with depression course for adolescents (CWD-A) is in diverse experimentele studies onderzocht en blijkt positieve effecten te hebben (van Rooijen-Mutsaers, 2009).

MDR Depressie Jeugd (2009) beschrijft dat de D(o)epressie cursus een vertaling en bewerking is van de effectief gebleken 'Coping with Depression Course' van Clarke et al. (1990).

Conclusie

Het is waarschijnlijk dat de D(o)epressie cursus een positief effect heeft op depressieve symptomen.

Aanbevelingen

- De interventie D(o)epressie cursus is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf 12 jaar, om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen. De jongeren die deelnemen aan de cursus hoeven niet per sé te voldoen aan de DSM-5 criteria van depressie. Bij een vermoeden van een verhoogd suïciderisico is de cursus minder geschikt. Daarnaast is de cursus te moeilijk in geval van zwakbegaafdheid.

Head up

Samenvatting

Head Up is een gestructureerde, cognitief-gedragstherapeutische cursus in groepsverband voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten. Het hoofddoel van Head Up is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen om daarmee depressie te voorkomen. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur, begeleid door twee cursusbegeleiders. Daarnaast vindt er een bijeenkomst voor ouders plaats, waarin zij informatie krijgen over de cursus en ondersteuning bij het omgaan met de depressieve klachten van hun zoon/dochter.

Oordeel Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009): Niveau C.

Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering d.d. 25/09/2008 geeft als oordeel: Waarschijnlijk effectief.

Effect op depressie (verwante) symptomen

Er is geen direct bewijs voor de effectiviteit van Head up. De cursus is grotendeels gebaseerd op de cursus Stemmingmakerij en de cursus Een stap op weg (Pauw et al., 1999), informatie over deze interventie staan ook in deze paragraaf. Vanuit de wens om voor jongeren van 13-17 jaar landelijk één gestandaardiseerde cursus te gebruiken is Head Up ontstaan.

Conclusie

De interventie Head Up is waarschijnlijk effectief in het verhelpen of verminderen van depressieve klachten en het voorkomen van een depressie.

Aanbevelingen

- De interventie Head up is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf 12 jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.

Op Volle Kracht (Penn Prevention Program)

Samenvatting

Op Volle Kracht (OVK) is een vertaling van het Amerikaans preventieprogramma Penn Resiliency Program' een latere versie van het Penn Prevention Program van Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman (1994). Dit programma kan worden ingezet bij kinderen van 10 tot 14 jaar om depressie te voorkomen en veerkracht te bevorderen.

Oordeel Niveau van bewijs: Niet opgenomen in de databank of de MDR Depressie (2009).

Effect op Depressie (verwante symptomen)

Bij een onderzoek onder 100 meisjes (12-14 jaar) met verhoogde scores op depressie namen depressieve symptomen in de OVK-groep in vergelijking met de controlegroep sterk af, ook tot 6 maanden na de training. Er heeft gerandomiseerd effectonderzoek plaatsgevonden naar deze interventie in Nederland bij meisjes van 11-15 jaar (Kindt, 2012; Wijnhoven et al., 2013).

- Direct na de interventie, na zes en na 24 maanden, werden positieve effecten op depressieve symptomen gevonden (Gillham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995).
- Drie jaar later was er geen verschil in depressieve symptomen meer tussen kinderen uit de interventiegroep en kinderen uit de controlegroep (Gillham & Reivich, 1999).
- Gillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop (2006) vonden geen duidelijke afname van depressieve symptomen gedurende twee jaar na het programma. Ook bleek uit het onderzoek niet dat het ontstaan van een depressieve stoornis was voorkomen.
- Pattison en Lynd-Stevenson (2001) vonden dat het programma in universele vorm geen effect had op depressieve symptomen, angstsymptomen, sociale vaardigheden en cognitieve stijl.
- Wijnhoven et al. (2013) bevonden een positief effect in het verminderen van depressieve klachten bij meisjes in de leeftijd van 11 tot 15 jaar (geïndiceerde preventie).

Conclusie

Buitenlands onderzoek maakt aannemelijk dat het programma effect heeft op depressieve symptomen, maar dit niet blijvend is en het een stoornis niet kan voorkomen.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat OVK bij meisjes van 11-15 jaar effectief heeft in het verminderen van depressieve symptomen.

Aanbevelingen

- De interventie Op Volle Kracht is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij meisjes van 11-15 jaar, om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.



6.4 Aanbevelingen

6.4.1 Algemene aanbevelingen

- Geef altijd psychoeducatie aan zowel de jeugdige als de ouders.
- Zet bij stemmingsproblemen een aanbevolen interventie in. Hierbij geldt: hoe eerder hoe beter. Indien mogelijk, betrek dan de ouders bij de interventie.
- Houd bij het inzetten van interventies voor behandeling rekening met de interventies de ernst van de problematiek en de leeftijd van de jeugdige. Geef waar mogelijk zowel de jeugdige als ouders een keuze tussen enkele interventies, bijvoorbeeld online behandeling of niet, binnen de jeugdhulp of jeugd-ggz.
- Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg.

6.4.2 De aanbevelingen over het inzetten van interventies samengevat

- Overweeg bij jeugdigen met een *verhoogd risico op stemmingsproblemen* de volgende interventies:
 - *Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP*. Deze interventie is aanbevolen bij kinderen van zes tot twaalf jaar die een verhoogd risico op stemmingsproblemen hebben doordat een of beide ouders een psychische stoornis heeft. De interventie heeft als doel het verminderen of helpen voorkómen van stemmingsproblemen.
 - *Vrienden*. Deze interventie is aanbevolen bij jeugdigen vanaf zes jaar met een verhoogd risico op stemmingsproblemen om stemmingsproblemen te verminderen of helpen voorkómen.
 - *Triple P- niveau 4 en 5*. Deze interventie is aanbevolen om stemmingsproblemen bij jeugdigen te voorkomen. Het is een interventie voor ouders van jeugdigen vanaf nul jaar die een verhoogd risico op stemmingsproblemen hebben. Deelname is af te raden wanneer het gezin te maken heeft met een grote tegenslag.
- Bied bij jeugdigen met *stemmingsproblemen* een of enkele van de volgende interventies aan:
 - *Vrienden*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van angststoornissen en/ of stemmingsproblemen bij jeugdigen vanaf zes jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
 - *Pak aan*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jeugdigen vanaf zes jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
 - *Praten online*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf twaalf jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
 - *Stemmingmakerij*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf twaalf jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
 - *Gripopjedip (online)*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf twaalf jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
 - *D(o)epressie cursus* (ook de *e-health* variant). Deze interventie is aanbevolen in

de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf twaalf jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen. De jongeren die deelnemen aan de cursus hoeven (expliciet) niet per se te voldoen aan de DSM-5-criteria van depressie. Bij een vermoeden van een verhoogd suïciderisico is de cursus minder geschikt.

- *Head up*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij jongeren vanaf twaalf jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.
- *Op Volle Kracht*. Deze interventie is aanbevolen in de behandeling van stemmingsproblemen bij meisjes van elf tot vijftien jaar om stemmingsproblemen te verminderen en verergering van stemmingsproblemen te voorkomen.

Bij jeugdigen met een *stemmingsstoornis*:

- Geef altijd psychoeducatie aan zowel de jeugdige als de ouders.
- Verwijs naar de gespecialiseerde zorg. Bij een lichte depressieve stoornis zijn de interventies actief volgen van de jeugdige en het bieden van dagstructurering geïndiceerd en mogelijk ook de bovenstaande interventies, zelfhulp of runningtherapie. Afhankelijk van de ernst en duur van de depressieve klachten wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke therapie (IPT), in sommige gevallen gecombineerd met medicatie, ingezet als behandeling.

Hoofdstuk 7

Samenwerking en afstemming



In dit hoofdstuk wordt uitgangsvraag 6, 9 en 10 beantwoord:

6. *Hoe kunnen hulpverleners (preventief) werken buiten de spreekkamer (in de context van gezin, school en vrije tijd)?*
10. *oe kunnen hulpverleners een (jeugdhulp- of jeugd-ggz-) behandeling ondersteunen buiten de spreekkamer (in de context van gezin, school en vrije tijd)?*
9. *Wat kunnen hulpverleners doen als interventies gecontraïndiceerd zijn en aanbod van jeugd-ggz ontoereikend is?*

7.1 Praktijkkennis

Er is ter beantwoording van de drie uitgangsvragen een inventarisatie van aanbevelingen gemaakt onder de werkgroepleden. In dit deel zal worden aangegeven wat jeugdprofessionals kunnen doen buiten gestandaardiseerde interventies ter preventie van problemen en ter ondersteuning van interventie. Deze aanbevelingen zijn opgedeeld in een algemeen deel en uitgesplitst per leefgebied, wanneer mogelijk is er toegespitst welke hulpverlener dit kan uitvoeren.

Algemeen

Een aantal praktijkvoorbeelden waaraan gedacht kan worden bij het vormgeven van de samenwerking tussen jeugdhulp en het brede veld van zorg voor jeugd zijn:

- Positief ondersteunend klimaat creëren binnen alle leefgebieden van jeugdigen waarin jeugdhulpverlener via advies en begeleiding kan ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan de positieve bekrachtiging van gewenst gedrag, goede voorbeeld geven als leerkrachtenteam, ouders betrekken in pedagogisch klimaat, niet teveel uitzonderingspositie voor kind met leerproblemen, aandacht voor een inclusief groepsgevoel: iedereen hoort erbij en we accepteren verschillen, zorgvuldige begeleiding van kwetsbare kinderen, actief beleid tegen pesten, bespreekbaar maken van moeilijke onderwerpen als pesten, kindermishandeling, verlies van dierbare, etc. Hulpverlener kan hierbij ondersteuning bieden door op afroep beschikbaar te zijn.
- Laagdrempeligheid van vragenstellen over stemmingsproblemen bevorderen door uitbreiding van 'vindplaatsen' naar bibliotheken, buurt- & jongerenwerk, jongerenloketten, CJG's- dit kan door een goede relatie met en voorlichting door jeugdhulpprofessional op deze plekken.
- Signaleringsplan maken om kleine veranderingen in gedrag te (laten) herkennen door bijvoorbeeld leerkracht of leidster van kind zodat vroeg kan worden geïntervenieerd.
- Sociaal netwerk inzetten middels aanspreken eigen kracht, dit proces kan gefaciliteerd worden door jeugdhulpverlener geschoold in principes van eigen kracht conferentie.
- "1gezin1plan-aanpak" zonder steeds wisselende hulpverleners uitvoeren.
- 1 regisseur van de hulpverleningsvraag aanwijzen.
- Heldere afspraken over aanspreekpersoon en verantwoordelijkheden maken.
- Afstemmen in opvoedgedrag tussen verschillende leefgebieden, zodat reactie op het gedrag van de jeugdige vanuit verschillende hoeken overeenkomt en voor de jeugdige heldere grenzen en consequenties bij overschrijding worden aangegeven. Deze grenzen geven vertrouwen en veiligheid waarbinnen een jeugdige een band kan opbouwen met voorspelbare volwassenen om zich ook kwetsbaar op te kunnen stellen.
- Brede voorlichting geven over stemmingsproblematiek zodat stigmatisering wordt voorkomen.
- Stimuleren van de therapietrouw, vanuit verschillende leefgebieden.

- Extra aandacht geven voor kwetsbare kinderen.
- Normale leven zoveel mogelijk door laten gaan bij ernstige problematiek.
- Terminologie helder, niet enkel in cursus bepaalde termen gebruiken maar ook in dagelijks leven en deze termen gelijk houden tussen verschillende begeleiders.
- Actief werken aan een goede relatie client-gezin-hulpverlening-school.
- Goede overdracht bewerkstelligen tussen hulpverlening en met name van en naar ggz-jeugdhulpverlening
- Bij eerdere depressieve periodes: de geschiedenis van de depressieve periode kennen door uitwisseling van gegevens eerdere hulpverlening. Kennis van de specifieke signalen van deze cliënt en weten welke stappen te ondernemen wanneer signalen duiden op mogelijke herhaling. Het is belangrijk om advies te kunnen inwinnen van een psychiater.

Bij overdracht van een cliënt van de ggz naar de jeugdhulpverlening zijn er een aantal specifieke aandachtspunten die apart benoemd werden door de geraadpleegde experts:

- Voor ambulante zorg en pleegzorg is het belangrijk dat er hele goede contacten zijn met de ggz en eventueel nog een behandelaar die geconsulteerd mag worden. Het liefst iemand die de jongere/het kind/het gezin kent. Het is van belang dat de ggz een helder dossier overdraagt en aangeeft waar de vervolghulpverlening zich op zou moeten richten. Hier staan aanwijzingen in, doelen en ook signalen waarop gelet moet worden bij terugval. Verder is het belangrijk dat hulpverleners en ouders heel praktisch weten wat ze kunnen doen bij terugval; wie kunnen ze bellen?
- Voor de residentiële hulp is een goed dossier ook heel belangrijk. In aanvulling daarop moet er persoonlijk contact zijn tussen nieuwe hulpverlener en de behandelaar van de behandelsetting waar het kind eerder was. Het zou prettig zijn om samen een overgang af te spreken, zodat het kind kan gaan wennen. Dit is echter per individu verschillend en soms is dit juist een contra-indicatie. De pedagogisch medewerkers hebben baat bij een overdracht op praktisch niveau: hoe functioneert dit kind en wat is hij/zij gewend in de setting waarin het nu woont? Wat zijn signalen dat het niet goed gaat en wat zijn dan de passende handelingen. In de jeugdhulp zijn geen separeerruimtes en er zitten ook geen sloten op de deuren. Wat kan de jeugdhulp doen als dit een gevaar is voor de cliënt? Samenwerking tussen de ggz residentie en de jeugdhulpverlening-residentie zou prettig zijn. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van een knipkaart voor de cliënt, die gebruikt mag worden bij bijvoorbeeld suïcidegevaar.
- Het moet helder zijn wanneer er bij een bepaalde cliënt sprake is van een crisis: in de jeugdhulpverlening is men eerder handelingsverlegen en zal men eerder een situatie als een crisis ervaren dan in de mogelijk meer ervaren ggz-hulpverlening. Heldere afspraken wanneer de jeugdhulpverlening een beroep mag doen op de ggz helpen hierbij. De ggz moet dit dan vervolgens ook accepteren en een advies geven of zo nodig hulp bieden.
- Over het algemeen zal een jongere vaak beter af zijn in de residentiële jeugdhulpverlening, omdat de jongeren die daar wonen vaak "gezonder" zijn dan de jongeren die opgenomen worden bij de ggz. De hulpverlening moeten er dan ook alles aan doen om het kind in de omgeving te houden die het best is voor de jongere. De voorwaarden zijn dan wel: goede samenwerking sectoren, goed opgeleide pedagogisch medewerkers, financieringsstromen die overlap accepteren.

Context gezin/pleegzorg/gezinsvervangend tehuis

Wanneer er een positief, warm en ondersteunend gezinsklimaat heerst, werkt dit preventief voor het ontstaan van stemmingsproblematiek en ter ondersteuning van interventie hierop. Juist ook binnen gezinsvervangende huizen van de residentiële jeugdhulp is het belangrijk om hier sterk op in te zetten. Denk bijvoorbeeld aan de invloed van wisselend personeel en het gevoel van veiligheid van de jeugdige bewoner binnen een groep. Het is van belang om heldere afspraken met het kind of jongere te maken over hoe het gebruik maakt van de groepsleiding zodat het zich vrij voelt om vragen te stellen. Binnen een (pleeg-)gezin kan - naast de inzet van een interventie als opvoedingsondersteuning - de jeugdprofessional ook bijdragen aan een positief gezinsklimaat door oog te hebben voor de onderlinge relatie van ouders en mogelijke disfunctie hierin bespreekbaar maken (Smit e.a., 2003). Daarbij is het bevorderen van een goede relatie tussen ouder/verzorger en kind van belang. Dit kan door aanmoediging om samen leuke activiteiten te ondernemen en bij financiële problemen in het gezin die dit onmogelijk maken moet de professional actie ondernemen deze mogelijk te maken. Wanneer de ondernomen activiteit ook nog eens fysiek is werkt het naast het opbouwen van een goede band ook aan de beschermende factoren *sport* en *goede lichamelijke gezondheid*. Een professional moet oog hebben voor het bevorderen van de factor *steun uit de omgeving* door het actief inschakelen van het netwerk rondom het gezin. Dit kan onderdeel zijn van een interventie. Aandacht vanuit de professional voor het netwerk zal mogelijk ook preventief werken.

Per (pleeg-)gezin of residentieel opgevangen jeugdige zal het samenspel van risico- en beschermende factoren verschillend liggen. Het is aan de professional om met hun kennis en ervaring een afweging te maken welke acties ondernomen kunnen worden om deze te versterken. Een goede samenwerking en afstemming met andere hulpverleners maar ook school, kinderdagverblijf, dagbesteding is hierbij essentieel. Deze samenwerking is vaak beter wanneer een hulpverlener met regelmaat persoonlijk contact heeft met de belangrijke personen in het leven van de jeugdige; denk aan de ouders, grootouders, leerkracht, bso-leidster, sportinstructeur

Een – niet uitsluitende - opsomming van aandachtspunten voor samenwerking en afstemming binnen het (pleeg-) gezin of het gezinsvervangend tehuis:

Afstemming opvoedklimaat en opvoeddoelen tussen thuis- en uit-huis-zorg voor de jeugdige;

- denk hierbij aan een consequente pedagogische lijn voor jeugdigen die door de weeks residentieel verblijven en in de weekends naar huis gaan. De residentiële opvoedstijl moet aansluiten bij ouders waar het kan en aan de slag met ouders, waar het moet (veiligheid, verzorging, etc). De jeugdige werkt in de residentie aan zichzelf en de ouders worden ondersteund door ouderbegeleiders.
- Binnen permanent en tijdelijk pleeggezin aandacht en 'plek' voor biologisch gezin van jeugdige in verband met de loyaliteit van het kind aan de biologische ouders. Pas als ouders erachter staan, voelt het kind toestemming om zich verder te ontwikkelen.
- Altijd een band houden met biologische ouders bij groeps- of pleeggezinplaatsing en hen zoveel mogelijk betrekken in ontwikkeltraject wat hun kind doormaakt. Ook ouders gaan een ontwikkeltraject in en het is belangrijk dat ze niet uit elkaar groeien waardoor terugkomen lastig wordt.

- Een pleeggezin moet niet de ouders willen vervangen. Een valkuil voor pleegouders is vaak dat ze van het kind dankbaarheid verwachten en dat krijgen ze meestal niet. Het kind heeft niet gevraagd om deze situatie en zal dus in een pleeggezin doen wat het ook doet in een gewoon gezin: zoeken naar grenzen en afzetten als het denkt zich te moeten afzetten. Dit is geen ondankbaarheid. Het is belangrijk dat de pleegzorgmedewerker dit steeds met pleegouders blijft bespreken.
- Opvoedstijl pleeggezin afstemmen met het biologisch gezin en hiermee ook een brug slaan tussen het pleeggezin en de biologische ouders in de wetenschap dat er verschillen zijn. Belangrijk dat pleegouders de verschillen zien en de biologische ouders niet veroordelen. Psycho-educatie speelt hier een belangrijke rol in. Het is een verschil wanneer het perspectief is dat het kind naar huis werkt, of dat het in een permanent pleeggezin is. Bij terugwerken naar huis, zal er in het biologisch gezin gewerkt worden aan een veilig opvoedklimaat en zal het klimaat van het pleeggezin nog meer ruimte moeten maken voor het biologisch gezin en de verschillen.
- Binnen residentiële groepsplaatsing zijn er mogelijk jongeren die als voorbeeld kunnen fungeren en als maatje kunnen worden ingezet.
- Aandacht voor gevoel van veiligheid van jeugdige binnen pleegzorg en groepsopvang: zeker bij wisselende groepsleiding is het van belang dat heldere afspraken zijn gemaakt waarmee de jeugdige kan aankomen bij de leiding en dat hij/zij zich hier op zijn gemak bij voelt
- Belangrijk om heldere afspraken te maken waar iedereen zich aan houdt, dit geldt dan voor zowel ouders als kinderen en beiden kunnen elkaar hier op aanspreken. Een heldere structuur en voorspelbaarheid kan helpen om het probleemgedrag te doen afnemen. De structuur en afspraken moeten gezamenlijk gedragen worden.
- Bij heftige relatieproblemen: het is belangrijk om samen te werken met een systeemtherapeut, die mogelijk kan adviseren aan de ouders. Het is goed om te blijven afstemmen in intervisie en supervisie om de signalen goed te kunnen blijven zien: wat kan de ambulante werker zelf, waar geef je het uit handen en ga je samenwerken?
- Na scheiding: aandacht voor het vormgeven van een werkzame co-ouderrelatie tussen ex-partners en heldere communicatie hierover naar kind.
- Bij dak- en thuisloosheid: samenwerken met verschillende specifieke voorzieningen voor deze doelgroep waaronder Streetcornerwork als het gaat om jongeren. Anders maatschappelijk werk, wanneer het gaat om de ouders. Bij klachten/signalen is het belangrijk om de ggz in te schakelen. Dit geldt met name voor de dak- en thuislozen, waar vaak meer aan de hand is (depressie, angst, verslaving, schulden, etc.)
- Bij asielzoekerskinderen speelt er ook nog vaak ggz problematiek (bv. door trauma) of voor alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) bv. onthechting, verlatingsangst.

Context school & kinderdagopvang

Binnen de context van de regulieren dagbesteding van kinderen en jongeren op scholen en kinderdagopvang kunnen jeugdprofessionals op veel vlakken werken aan samenwerking en afstemming van hulpverlening op de dagelijkse realiteit van de jeugdige. Bijvoorbeeld via ZAT-team op scholen: creëren positief schoolklimaat waar ruimte en aandacht is voor sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Disrupties in deze ontwikkeling zijn voorspellers voor ontwikkeling van stemmingsproblemen en kunnen al jong op school gesignaleerd worden.



Gerichte aandacht voor sociaal-emotionele ontwikkeling komt terug in vele aspecten van het schoolklimaat, waaronder aandacht voor de individuele leerling, aandacht en respect voor verschillen, het regelmatig positief bekrachtigen van gewenst gedrag en direct aanspreken op ongewenst gedrag, het goede voorbeeld wat het team leerkrachten geeft over hoe met elkaar en een ander om gegaan wordt (Van Oenen & Van Westering, 2010).

Dezelfde ingrediënten dienen ook naar voren te komen binnen het pedagogische klimaat van het kinderdagverblijf en de buitenschoolse opvang. Gezien hun kennis van preventie en vroege interventie kunnen hulpverleners bijvoorbeeld binnen projecten als Alert4You een bijdrage leveren tijdens de eerste levensfase binnen deze setting.

Een, niet uitsluitende, opsomming van aandachtspunten voor samenwerking en afstemming binnen school en kinderdagopvang:

- Bij leerproblemen: bepalen of de leerproblemen de behandeling, het (begeleid) wonen, een bepaalde training in de weg staan. De school kan vanuit haar expertise adviseren bij op maat maken van hulpverlening. Contact met eerdere hulpverlening is belangrijk, evenals samenwerking en afstemming van inspanningen vanuit verschillende sectoren: ggz, lvb en reguliere jeugdhulp.
- Pedagogisch medewerkers van kinderdagverblijven en naschoolse opvang zien veel van het kind en zijn vervangend opvoeder bij afwezigheid van de ouders. Het is van belang hen te scholen in het signaleren van mogelijke stemmingsproblemen en een goede verwijsboom te hebben zodat zij weten waar ze met hun vragen terecht kunnen. Een laagdrempelige vertrouwensrelatie met hulpverlening kan hierbij helpen.
- Wanneer stemmingsproblemen of –stoornissen zijn vastgesteld bij een jeugdige moeten ook de medewerkers van het kinderdagverblijf waar het kind een substantieel deel van zijn tijd doorbrengt, voorgelicht worden over hoe met het gedrag kan worden omgegaan. Zo kan de pedagogische benadering van het kind tussen verschillende settings gelijk gehouden worden wat de voorspelbaarheid van de omgeving van een kind vergroot.

Context vrije tijd, sportclubs en buitenschoolse opvang

Ter preventie van de ontwikkeling van stemmingsproblemen is het van belang om een gedegen pedagogische grondslag te hebben in al het werk met kinderen. Een goede sfeer binnen sportclubs en BSO's draagt bij aan het uitbannen van pestgedrag en het stimuleren van sociaal emotionele vaardigheden van kinderen en jongeren. Wanneer deze goed ontwikkeld zijn, zullen kinderen en jongeren zich beter in hun vel voelen en dat is een voorspeller van positieve ontwikkeling zonder ontwikkeling van stemmingsproblemen of -stoornissen.

Een aantal praktijkvoorbeelden waaraan gedacht kan worden bij het vormgeven van samenwerking en afstemming binnen het gebied van vrije tijdsbesteding van jeugdigen met de jeugdhulpverlening zijn:

- Zorgen voor een groene wijk met speel- en hang mogelijkheden waar kinderen en jongeren een plaats hebben in de buurt waar zij hun ei kwijt kunnen maar ook op hun gedrag kunnen worden aangesproken om het voor iedereen leefbaar te houden. Dit kan door middel van straatcoaches (voorbeelden zijn de wijkaanpak en straatinrichting in Rotterdam en Amsterdam

en het inrichten van wijken met groen ter bevordering van goede geestelijke gezondheid: deze kennis is bij profs aanwezig en kan worden overgedragen aan verantwoordelijke ambtenaren, juist in jeugdbeleid kunnen kinderen en jongeren niet direct zelfstandig invloed uitoefenen om beleid voor hun positief vorm te geven, daar hebben ze volwassen representanten voor nodig die mogelijk in de vorm van jeugdhulpverlener kan komen.

- Maatschappelijke werk op wijkniveau kan in samenwerking met jeugdhulpverlening een signaalfunctie vervullen ter preventie van stemmingsproblemen.

7.2 Conclusies

Hulpverleners kunnen buiten hun spreekkamer met hun kennis, ervaring en achtergrond bijdragen aan het voorkomen van verstoringen in sociaal emotionele ontwikkeling, inzet op beschermende factoren, het creëren van samenhangende hulpverlening, en hulp binnen ZAT teams en KDV's voor ontwikkeling en onderhouden van positief (school)klimaat. Daarnaast kunnen ze bijdragen aan de behandeling door het opbouwen van goede, snelle en 'warme' samenwerking en doorverwijzing tussen hulpverleners en de verschillende leefwerelden van waarbij overdacht van kennis en welbevinden cliënt centraal moet staan en waar geen ruimte voor 'concurrentie of instellingsbelangen' mag zijn.

7.3 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen?

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten nog in volle gang. Hoe de verdeling van taken binnen de jeugdhulp en de jeugd-ggz van de toekomst eruit zal zien, is nog niet uitgekristalliseerd en kan daarbij per gemeente verschillend zijn. De taken rondom stemmingsproblemen (zie *tabel 3*) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.

Tabel 3: Taken rondom stemmingsproblemen per beroepsgroep

Taken (niet uitputtend)
- Psychoeducatie geven
- Diagnose stellen
- Begeleiden bij stemmingsproblemen
- Begeleiden van groepsdynamiek
- Creëren van een positief opgroei- en opvoedklimaat
- Diverse interventies uitvoeren
- Adviseren aan de omgeving van de jeugdige
- Geprotocolleerde therapie uitvoeren
- Gepersonaliseerde psychotherapie uitvoeren
- Voorschrijven van medicatie
- Zicht houden op de medische kant van het hulpverleningstraject
- Adviseren over de inzet van interventies
- Zicht houden op veiligheid van de jeugdige
- Signaleren van bedreigende knelpunten
- Signaleren, doorverwijzen
- Contact met hulpverleners onderhouden

Random interventies die vanuit de jeugd-ggz of jgz worden gegeven zijn aandachtspunten voor samenwerking en afstemming in kaart gebracht door de werkgroep. Deze zijn opgenomen in de checklists die hierna worden besproken.

7.4 Hoe kunnen jeugdprofessionals werken ter ondersteuning van de reguliere interventies zoals aangeboden binnen ambulante en residentiële jeugd-ggz, jgz en jh en in de context van gezin, school en vrije tijd?

Jeugdigen met stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis hebben soms een netwerk van hulpverleners om zich heen waarbinnen afstemming en samenwerking essentieel is. Een jeugdige kan namelijk tegelijkertijd behandeld worden binnen de jeugd-ggz of jgz, en zorg ontvangen vanuit de jeugdhulp (jh). Daarnaast worden jeugdigen waarvoor binnen de jeugd-ggz de behandeling is afgerond, vaak begeleid binnen de (residentiële) jeugdhulp. Jeugdprofessionals kunnen vanuit hun beroepsgroep bijdragen aan interventies die binnen de jeugd-ggz of jgz al aangeboden worden. Ook is het van belang dat jeugdprofessionals de omgeving van de jeugdige bij de zorg en/of de behandeling betrekken. Denk hierbij aan het gezin en de school.

Er zijn verschillende leefgebieden waar jeugdigen met stemmingsproblemen tegelijkertijd deel van uitmaken. Voor het begeleiden van de stemmingsproblemen binnen deze verschillende leefgebieden hebben we checklists gemaakt die jeugdprofessionals kunnen gebruiken om tot een goede samenwerking en afstemming met andere leefgebieden te komen. Deze checklists voor jeugdprofessionals zijn samengesteld op basis van een inventarisatie van aandachtspunten in de samenwerking en afstemming met andere hulpverleners en in de context van gezin, school en vrije tijd. De aanbevelingen over wat jeugdprofessionals kunnen doen ter ondersteuning van de reguliere interventies en in de context van gezin, school en vrije tijd, zijn opgenomen in deze checklists.

De volgende leefgebieden worden onderscheiden:

- A. gezin;
- B. pleeggezin;
- C. school;
- D. hulpverlening onderling.

A. Checklist gezin

1. Zorg dat er één aanspreekpunt is voor alle hulpverlening binnen het gezin ('één gezin, één plan-aanpak'). Voorkom steeds wisselende hulpverleners, eventueel met behulp van de 'wrap-around-care-aanpak', waarbij specialistische hulp alleen wordt ingeschakeld waar nodig en waarbij daarnaast gebruik gemaakt wordt van natuurlijke (sociale) steunbronnen uit het netwerk van het gezin (Hermanns, Mordang & Mulders, 2002).
2. Stem binnen het team en met de jeugdige af wie de ouders informeert over de stemmingsproblemen van de jeugdige, en hoe dit gebeurt.
3. Help de jeugdige en/of de ouders te zorgen voor een duidelijke dagstructuur. Dat wil dus zeggen: met regelmaat in opstaan, eten en slapen.



4. Help de ouders om de jeugdige te activeren en diens eventuele passiviteit te doorbreken door kleine, makkelijk te realiseren activiteiten in te plannen.
5. Wijs de ouders erop dat hun kind hen moet kunnen vertrouwen, en dat het dus belangrijk is om afspraken na te komen en om geen afspraken te maken die misschien niet haalbaar zijn.
6. Vertel de ouders dat ze contact met hun kind kunnen houden door actief te luisteren. Leer ouders ook ik-boodschappen te geven.
7. Leer het gezin waar mogelijk positieve feedback te geven op het gedrag, niet op de persoon (Brummelman, Thomaes, Overbeek, Orobio de Castro, Van den Hout & Bushman, 2013).
8. Leg de ouders uit dat stemmingsproblemen samen kunnen gaan met verminderd concentratievermogen en motorische onrust. Wijs hen erop dat het belangrijk is geduldig te zijn en geen negatieve feedback te geven.
9. Wijs het gezin erop dat het belangrijk is om ook bij ernstige problematiek het normale leven zo veel mogelijk te laten doorgaan.
10. Wijs de ouders erop dat bij zelfbeschadiging en/of suïcidaal gedrag de gedragsdeskundige en/of begeleidend psychiater geïnformeerd dient te worden.
11. Stel een terugvalpreventieplan op, bijvoorbeeld aan de hand van *Signs of Safety*. Ouders weten dan in ieder geval wat ze bij terugval kunnen doen, en wie ze kunnen bellen en inschakelen.

B. Checklist pleeggezin

Zie ook de Checklist gezin en de Checklist school.

1. Wijs de pleegouders erop dat het voor jeugdigen met stemmingsproblemen moeilijk kan zijn van de ene woonplek naar de andere over te gaan. Maak de stappen naar terugplaatsing daarom overzichtelijk. Voor de jeugdige is het prettig te weten waar hij aan toe is.
2. Wijs de pleegouders erop dat jeugdigen met stemmingsproblemen gevoelig zijn voor stress, waardoor problematiek kan verergeren.

C. Checklist school

Onderstaande aanbevelingen kunnen tijdens een gesprek met een afgevaardigde van school gedeeld worden.

1. Besef dat depressiviteit en leerproblemen samengaan.
2. Stel redelijke, concrete eisen aan de leerling. Stem je eisen af op zijn draagkracht.
3. Houd rekening met verminderd concentratievermogen en rusteloosheid. Zorg voor een rustige plek in de klas of regel het gebruik van een koptelefoon.
4. Zorg ervoor dat de leerling succeservaringen op kan doen.
5. Geef positieve feedback op gedrag en bied ondersteuning zodat wenselijk gedrag gerealiseerd kan worden.
6. Laat je altijd hoopvol uit over de toekomst en geef concreet aan hoe prestaties verbeterd kunnen worden.
7. Wees betrouwbaar en kom afspraken na. Maak alleen afspraken die haalbaar zijn.
8. Geef de leerling een duidelijke functie binnen de klas.
9. Ondersteun de leerling om op te komen voor zichzelf en bied bescherming tegen plagerijen.
10. Zorg voor extra ondersteuning tijdens pauzes, bijvoorbeeld door een buddy.
11. Bespreek de zorgen over de leerling met de ouders.
12. Informeer bij zelfbeschadiging en/of suïcidaal gedrag de deskundige binnen de school, de



contactpersoon bij jeugdhulp of de jeugd-ggz en de ouders (met in acht houden van de WGBO).

13. Maak duidelijk wat als leerkracht je mogelijkheden en beperkingen zijn en voor welke problemen deskundige hulp nodig is.
14. Wees alert op stemmingswisselingen. Check bij twijfel het realiteitsgehalte van uitlatingen (bij een leerling die overdreven actief (manisch) is).
15. Stel een terugvalpreventieplan in, bijvoorbeeld *Signs of Safety*.

D. Checklist hulpverlening onderling

De samenwerking en afstemming tussen diverse typen hulpverlening is belangrijk, met name bij overgangsmomenten tussen deze hulpverleningstypen of -instellingen.

1. Wanneer behandeling door de jeugd-ggz is vereist, dienen de jeugd-ggz en jeugdhulp samen te werken. Allereerst dient bekeken te worden of de jeugdige terecht kan bij andere familieleden (waarbij 'familieleden' ruim kan worden geïnterpreteerd). Wanneer dit niet mogelijk blijkt of niet in het belang van de jeugdige is, moet een vervangend gezin worden gezocht. Pas als laatste mogelijkheid moet worden gezocht naar een passende residentiële instelling. Zo'n uithuisplaatsing wordt altijd als uiterste maatregel toegepast.
2. Verblijft een jeugdige al in een residentiële instelling en ontvangt hij tegelijkertijd behandeling binnen de jeugd-ggz, dan verdient het de voorkeur om de jeugdige in de residentiële instelling te laten blijven wonen, tenzij dit niet in het belang van de jeugdige is.
3. Draag zorg voor een gedegen en volledige overdracht tussen de hulpverleningsinstanties, na verkregen toestemming en rekening houdend met de WGBO. Dit geldt met name van en naar de ggz-jeugdhulpverlening. Stel (de ouders van) de jeugdige op de hoogte van deze informatieuitwisseling.
4. Als zich in het verleden al stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis hebben voorgedaan, zorg er dan voor dat gegevens over diagnose en behandeling uitgewisseld worden (na verkregen toestemming, rekening houdend met de WGBO). Zo kunnen signalen die wijzen op een terugval snel worden herkend.
5. Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg.
6. Spreek bij doorverwijzing af wanneer en waarvoor er terugverwezen kan worden, bijvoorbeeld naar een psychiater als er sprake is van een crisis.
7. Stel een ggz-knipkaart of Bed-op-Recept in bij de overgang van bijvoorbeeld een psychiatrische behandeling naar begeleiding door een jeugdhulpverlener. Een relatief laagdrempelige toegang tot de voormalige behandelaar draagt bij aan een soepele overgang. Bovendien vermindert dit het risico dat de jeugdprofessional wordt overvraagd omdat hij zich ondersteund weet.
8. Zet een signaleringsplan in zodat de omgeving kleine veranderingen in gedrag kan herkennen en er vroeg kan worden geïntervenieerd.
9. Maak een terugvalpreventieplan dat informatie bevat over de signalen die wijzen op een mogelijke terugval en dat aangeeft welke stappen bij zo'n terugval door wie ondernomen worden. *Signs of Safety* zou zo'n terugvalpreventieplan kunnen zijn.

Residentiële setting

Medewerkers binnen de residentiële setting (jeugdzorgwerkers residentieel, beroepsopvoeders en groeps werkers) kunnen verschillende dingen doen ter preventie van stemmingsproblemen en ter ondersteuning van reeds aangeboden therapieën. Deze aanbevelingen zijn opgenomen in onderstaande checklist.

1. Zorg voor een stabiele personele bezetting zodat er een vertrouwensband tussen jeugdige en hulpverlener kan worden opgebouwd.
2. Zorg voor een duidelijke dagstructuur. Dat wil dus zeggen: op vaste tijden opstaan, eten en slapen.
3. Activeer de jeugdige. Probeer diens passiviteit te doorbreken door kleine, makkelijk te realiseren activiteiten in te plannen.
4. Stel haalbare eisen. Ga overvraging tegen door je eisen op de draagkracht van de jeugdige af te stemmen. Zorg voor succeservaringen.
5. Houd contact met de jeugdige door actief te luisteren. Geef ik-boodschappen. Erken de gevoelens van de jeugdige maar vraag wat hij eraan gaat doen en wat jij daarin voor hem kan betekenen.
6. Pak problemen aan en los ze op. Ondersteun de jeugdige als dat noodzakelijk is, maar laat hem zo veel mogelijk zelf doen.
7. Geef positieve feedback op gedrag (niet op de persoon) waar mogelijk (Brummelman, Thomaes, Overbeek, Orobio de Castro, Van den Hout & Bushman, 2013).
8. Houd er rekening mee dat stemmingsproblemen samen kunnen gaan met verminderd concentratievermogen en motorische onrust. Wees geduldig en geef geen negatieve feedback.
9. Wees betrouwbaar en kom afspraken na. Maak geen afspraken die misschien niet haalbaar zijn.
10. Geef de jeugdige een duidelijke activiteit of functie binnen de groep.
11. Wanneer er sprake is van onzekerheid of angst, koppel de jeugdige dan aan een maatje zodat hij snel bekend raakt met de gewoonten binnen een groep.
12. Wees je bewust van het feit dat jeugdigen met stemmingsproblemen gevoelig zijn voor stress, waardoor problematiek kan verergeren. Deze stress kun je reduceren en voorkomen door te zorgen voor een veilige omgeving, een vertrouwenspersoon, consequente manieren van handelen en opvoeden door verschillende beroepsopvoeders, en heldere afspraken zodat de jeugdige weet met welke vragen hij bij wie terecht kan.
13. Maak de jeugdige (en ouders) duidelijk wat de mogelijkheden en beperkingen van de groepsleider zijn en voor welke problemen andere specialistische hulp nodig is. Dat is van belang als de klachten verergeren.
14. Ondersteun de jeugdige om op te komen voor zichzelf zodat problemen aangepakt of voorkomen kunnen worden.
15. Informeer bij zelfbeschadiging en/of suïcidaal gedrag de gedragsdeskundige en/of begeleidend psychiater en bespreek dit altijd met collega's en je inhoudelijk leidinggevende. Zeg ook tegen de jeugdige dat je dit met anderen bespreekt. Beloof geen geheimhouding maar wel vertrouwelijkheid.
16. Realiseer je dat het voor jeugdigen met stemmingsproblemen moeilijk kan zijn om van de ene woonplek naar de andere over te gaan. Maak de stappen naar terugplaatsing, overplaatsing of doorplaatsing daarom zo overzichtelijk mogelijk. Voor de jeugdige is het



- prettig te weten waar hij aan toe is.
17. Wees op de hoogte van specifieke signalen die erop kunnen wijzen dat een jeugdige (opnieuw) een stemmingsprobleem of depressieve stoornis heeft. Weet welke stappen te ondernemen. Win eventueel advies in bij een specialist, zoals een gedragsdeskundige, GZ-psycholoog, een orthopedagoog-generalist, een kinder & jeugdpsycholoog, een klinisch psycholoog of een psychotherapeut.
 18. Zorg voor een goede, praktische overdracht indien de jeugdige eerder specialistische behandeling binnen de psychiatrie heeft gehad. Hoe functioneert deze jeugdige en wat is hij gewend? Wat zijn signalen dat het niet goed gaat en wat zijn dan de passende handelingen? Ga na welke afspraken er gemaakt zijn over de samenwerking met de vorige behandelaar. Wees alert op stemmingswisselingen. Het kan zijn dat een sombere/prikkelbare stemming omslaat in een zeer uitgelaten stemming met een onrealistisch beeld van eigen kunnen. Check bij twijfel het realiteitsgehalte van uitlatingen.
 19. Stel een terugvalpreventieplan op, zoals *Signs of Safety*.
 20. Geef indien nodig 'hand-in-handbegeleiding' en regelmatige controle.

7.5 Wat kunnen hulpverleners doen als interventies gecontra-indiceerd zijn en het aanbod van de jeugd-ggz ontoereikend is?

Er is een groep jeugdigen met stemmingsproblemen die voor reguliere hulpverlening zeer lastig bereikbaar is of hier niet terecht kan doordat er ook andere problemen spelen. Denk hierbij aan zwervende jongeren of aan jongeren met fors middelengebruik in combinatie met zeer ernstige psychiatrische problematiek. Ook bij vluchtelingen- of asielzoekerskinderen speelt er vaak ggz-problematiek. Bij alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) ontstaan zulke problemen onder andere door onthechting, verlatingsangst en het niet kunnen verwerken van psychotrauma's. Door de speciale status van deze jeugdigen ligt de weg naar de gespecialiseerde hulpverlening niet altijd voor de hand, hoewel deze jeugdigen net zozeer recht hebben op passende hulp. Sterker nog, zij hebben recht op extra zorg omdat zij behoren tot een bijzonder kwetsbare groep.

Bij dak- en thuisloosheid: werk, als het om jongeren gaat, samen met de instellingen die deze doelgroep specifieke voorzieningen bieden (waaronder *Streetcornerwork*). Gaat het om kinderen (tot twaalf jaar), schakel dan het maatschappelijk werk en de Raad voor de Kinderbescherming in. Bij klachten/signalen van psychische problematiek is het belangrijk om gespecialiseerde zorg in te schakelen. Dit geldt met name voor de dak- en thuislozen bij wie vaak meer aan de hand is (depressie, angst, verslaving, schulden etc.).

Checklist Lastig bereikbare doelgroepen

Medewerkers binnen de residentiële setting (jeugdzorgwerkers residentieel, beroepsopvoeders en groepswerkers) kunnen verschillende dingen doen ter preventie van stemmingsproblemen en ter ondersteuning van reeds aangeboden therapieën. Deze aanbevelingen zijn opgenomen in onderstaande checklist.

1. Zorg voor een stabiele personele bezetting zodat er een vertrouwensband tussen jeugdige en hulpverlener kan worden opgebouwd.
2. Zorg voor een duidelijke dagstructuur. Dat wil dus zeggen: op gezette tijden opstaan, eten en slapen.
3. Activeer de jeugdige. Probeer diens passiviteit te doorbreken door kleine, makkelijk te realiseren activiteiten in te plannen.
4. Stel haalbare eisen. Ga overvraging tegen door de eisen op de draagkracht af te stemmen. Zorg voor succeservaringen.
5. Houd contact met de jeugdige door actief te luisteren. Geef ik-boodschappen. Erken de gevoelens van de jeugdige maar vraag wat hij eraan gaat doen en wat jij daarin voor hem kan betekenen.
6. Pak problemen aan en los ze op, ondersteun de jeugdige als dat noodzakelijk is, maar laat hem zo veel mogelijk zelf doen.
7. Geef positieve feedback op gedrag (niet op de persoon) waar mogelijk (Brummelman, Thomaes, Overbeek, Orobio de Castro, Van den Hout, & Bushman, 2013).
8. Houd er rekening mee dat stemmingsproblemen samen kunnen gaan met verminderd concentratievermogen en motorische onrust. Wees geduldig en geef geen negatieve feedback.
9. Wees betrouwbaar en kom afspraken na. Maak geen afspraken die misschien niet haalbaar zijn.
10. Geef de jeugdige een duidelijke activiteit of functie binnen de groep.
11. Wanneer er sprake is van onzekerheid of angst, koppel de jeugdige dan aan een maatje zodat hij snel bekend raakt met de gewoonten binnen een groep.
12. Wees je bewust van het feit dat jeugdigen met stemmingsproblemen gevoelig zijn voor stress, waardoor problematiek kan verergeren. Deze stress kun je reduceren en voorkomen door te zorgen voor een veilige omgeving, een vertrouwenspersoon, consequente handelingswijzen en opvoedstijlen van verschillende beroepsopvoeders, en heldere afspraken zodat de jeugdige weet met welke vragen hij bij de leiding terecht kan.
13. Maak duidelijk wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de groepsleider en voor welke problemen andere specialistische hulp nodig is. Dat is van belang als de klachten verergeren. Zoek eventueel een gespecialiseerde instelling.
14. Ondersteun de jeugdige om op te komen voor zichzelf zodat problemen aangepakt of voorkomen kunnen worden.
15. Informeer bij zelfbeschadiging en/of suïcidaal gedrag een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.
16. Realiseer je dat het voor jeugdigen met stemmingsproblemen moeilijk kan zijn om van de ene woonplek naar de andere over te gaan. Maak de stappen naar terugplaatsing daarom zo overzichtelijk mogelijk. Voor de jeugdige is het prettig te weten waar hij aan toe is.

17. Wees op de hoogte van specifieke signalen die erop kunnen wijzen dat een jeugdige (opnieuw) een stemmingsprobleem of depressieve stoornis heeft. Weet welke stappen te ondernemen. Het is belangrijk om advies te kunnen inwinnen bij een specialist, bijvoorbeeld een gedragsdeskundige (orthopedagoog of psycholoog), GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
18. Zorg voor een goede, praktische overdracht indien de jeugdige eerder specialistische behandeling binnen de psychiatrie heeft gehad. Hoe functioneert deze jeugdige en wat is hij gewend? Wat zijn signalen dat het niet goed gaat en wat zijn dan de passende handelingen? Ga na welke afspraken er gemaakt zijn over de samenwerking met de vorige behandelaar. Wees alert op stemmingswisselingen. Het kan zijn dat de sombere/prikkelbare stemming bij de jeugdige omslaat in een zeer uitgelaten stemming met een onrealistisch beeld van eigen kunnen. Check bij twijfel het realiteitsgehalte van uitlatingen.
19. Stel een terugvalpreventieplan in, zoals *Signs of Safety*.

Literatuur



Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., & Ruffle, T.M. (2001). *The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies*. *Pediatrics in Review*, 21, 265-271.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Andrews, J.A., & Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.

Anthonijsz, I., Spruijt, E., & Zwikker, N. (2015). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.

Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British medical journal*, 302, 137-140.

Arensman, E., Kerkhof, A.J., Hengeveld, M.W., & Mulder, J.D. (1995). Medically treated suicide attempts: A four year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 285-289.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youth aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1174-1182.

Beautrais, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behavior in young people. *American Behavioral Scientist*, 46, 1137-1156.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.

Beck, A.T., Brown, G., & Steer, R.A. (1989a). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1989b). Clinical predictors of eventual suicide: A 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 17, 203-209.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.



- Bergen, D.D. van, Bos, H.M.W., Lisdonk, J. van, Keuzenkamp, S., & Sandfort, T.G.M. (2013). Victimization and suicidality among Dutch lesbian, gay, and bisexual youths. *American Journal of Public Health, 103*, 70-72.
- Bergen, D.D. van, Smit, J.H., Balkom, A.J.L.M. van, & Saharso, S. (2012). "I Felt so Hurt and Lonely" - Suicidal Behavior of Young Immigrant Women in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry, 49*, 69-86.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaption. *Applied Psychology: An International Review, 46*, 5-68.
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).
- Bot, S., Roos, S. de, Sadiraj, K., Keuzenkamp, S. Broek, A. van den, & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completion: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 180-206.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American psychologist. In L. Eelderling (2002), *Cultuur en opvoeding. Interculturele pedagogiek uit ecologisch perspectief*. (pp. 39). Rotterdam, Nederland: Lemniscaat.
- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*, 371-377.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., Hout, M.A. van den, & Bushman, B.J. (2014). On feeding those hungry for praise: Person praise backfires in children with low self-esteem. *Journal of Experimental Psychology: General, 143*, 9-14.
- Burger, I., Hemert, A.M. van, Bindraban, C.A., & Schudel, W.J. (2005). Parasuicides in Den Haag. Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch bulletin, 40*, 2-8.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London: Routledge.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 395-405.
- Conijn, B., & Ruiter, M. (2011). *Preventie van depressie: Factsheet Preventie 2011*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidnitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 31*, 367-385.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N.J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104.
- Diden, R., & Baas, A. (2009). *Stemmingsstoornissen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Een literatuuroverzicht*. Nijmegen, Nederland: Radboud Universiteit Nijmegen.

- Dronkers, F., & Rossum, J. van (2009). *Contouren van richtlijnontwikkeling. Eindrapport van het project voorbereiding richtlijnontwikkeling jeugdzorg*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.
- Elliott, J.L., & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in selfpoisoners. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22, 20-26.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology*, 89, 315-33.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-79.
- Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M.A., Hedeker, D. & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39.
- Fowler, R.C., Rich, C.L., & Young, D. (1986). San Diego suicide study: II. substance abuse in young cases. *Archives of general psychiatry*, 43, 962.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone, T. R. G., ... Iyengar, S. (2009). Prevention of Depression in At-Risk Adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 301, 2215-24.
- Gearing, R.E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, 48, 332-341.
- Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B., (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 293, 1635-1643.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hasley, J.P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M.R., Adler, L.E., & Shroyer, A.L.W. (2008). A review of 'suicidal intent' within the existing suicide literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 576-591.
- Harvard Center on the developing child (z.j). Five numbers to remember about your early childhood development. Aangevraagd op 1 maart van: http://developingchild.harvard.edu/resources/multimedia/interactive_features/five-numbers/

Heikkinen, M.E., Isometsa, E.T., Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lönnqvist, J.K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167, 747-753.

Hemert, A.M. van, & Kruif, M. de (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, 1102-1107.

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., ... Verlinde, A.A. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam, Nederland: SWP.

Hinduaia, S., & Patchin, J.W. (2010). Bullying, cyberbullying and suicide. *Archives of suicide research*, 14, 206-221.

Horowitz, J.L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.

Hoyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry*, 50, 134-137.

Ivarsson, T., Larsson, B., & Gillberg, C. (1998). A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 96-104.

Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: A prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77, 283-287.

Kerkhof, A.J.F.M., Huisman, A., & Houwelingen, C.A.J. van (2010). Algemene preventie van suïcide in GGZ-instellingen. In: Kerkhof, A.J.F.M., & Luyn, J.B. van (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 265-273). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 56, 617-626.

Kim, Y.S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide: A review. *International journal of adolescent medicine and health*, 20, 133-154.

Kindt, K.C.M., Zundert, van, R., Engels, R.C.M.E. (2012) Evaluation of a Dutch school-based depression prevention program for youths in highrisk neighborhoods: study protocol of a two-armed randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 12, 212.

King, C.A., & Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to suicidal adolescents: A review of the literature. *Archives of Suicidal Research*, 12, 181-196.

Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. van der, & Oudhof, M. (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (Nji).



Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut/CBO.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Nederland: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 7.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.

Lewis, N.M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place*, 15, 1029-1045.

Luoma, J.B., & Pearson, J.L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: Is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*, 92, 1518-1522.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.

Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lonnqvist, J.K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1178-1183.

Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., Hirsch, C.S., Portera, L., ... Hartwell, N. (1997). Lower risk of suicide during pregnancy. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 122-123.

Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., et al. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32, 10-32.

McClellan, J., Kwach, R., Findling, R.L., & Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 107-125.

Meeuwissen, J.A.C., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M., ... Stikkelbroek, Y.A.J. (2014). *Onderbouwing Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.

Morrison, R., & O'Connor, R.C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38, 523-538.

Oberon & OOG Onderwijsondersteuning (2004). *Kwaliteitscriteria brede school*. Utrecht/Amsterdam, Nederland: Oberon en OOG Onderwijsondersteuning.

O'Connor, R.C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37, 698-714.

Oenen, S. van, & Westering, Y. van (2010). *Een solide basis voor positief jeugdbeleid: Visiedocument 1.0*. Utrecht Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.



- Onrust, S., de Graaf, I., van der Linden, D. (2011). *De meerwaarde van Triple P. Resultaten van een gerandomiseerde effectstudie van de Triple P gezinsinterventie bij gezinnen met meervoudige problematiek*. Geaccepteerd Kind en Adolescent (nog niet gepubliceerd).
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pfeffer, C.R. (2001). Diagnosis of child and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Biological Psychiatry*, 49, 1055-1061.
- Piquet, M.L., & Wagner, B.M. (2003). Coping Responses of Adolescent Suicide Attempters and Their Relation to Suicidal Ideation Across a 2-Year Follow-up: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 288-301.
- Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 303-378). Chichester: John Wiley & Sons.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 99-103.
- Postma, D.H., & Schulte, P.F.J. (2008). De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152, 1865-1870.
- Qin, P., & Mortensen, P.B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60, 797-802.
- Rooijen, K. van, & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
- Ryan, E.P., & Redding, J.D. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatric Services*, 55, 1397-1407.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Speckens, A.E.M., & Hawton, K. (2005). Social problem-solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 365-387.
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., & Balkom, A.L.J.M. van, namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Spoelstra, J., Stals, K., Moenandar, P.J. & Goorden, O. (2014). *Rapport Evaluatie proefinvoering Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Nederland: Nji.
- Spuij M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L. Roos, C. de, & Boelen, P.A. (2011). Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 540-551.

Spuij, M., Van Londen-Huiberts, A. & Boelen, P.A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: Feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 349-361.

Spuij M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., Roos, C. de, & Boelen, P.A. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 673-679.

Stack, S., & Kposowa, A.J. (2011). Religion and suicide: Integrating four theories cross-nationally. In R.C. O'Conner, S. Platt, & J. Gordon, *International handbook of suicide prevention research, policy and practice*. Oxford: Wiley & Sons.

Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (concept in ontwikkeling). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Leiden: TNO/Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Widenfelt, B.M. van, Goedhart, A.W., Treffers, P.D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

Wilde, E.J. de, Kienhorst, I.C., Diekstra, R.F., & Wolters, W.H. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.

Williams, J.M.G., et al. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.

Wijnhoven L.A.M.W., Creemers D.H.M., Vermulst A.A., Scholte R.H.J., & Engels R.C.M.E. (2013). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*: DOI 10.1007/s10802-013-9773-5.

Wit, C.A.M. de (1987a). *Depressieve kinderen: Ontstaansproces, symptomatologie en behandeling van depressieve kinderen*. Leuven/Amersfoort, België/Nederland: Acco.

Wit, C.A.M. de (1987b). *Depressie Vragenlijst voor Kinderen, dvk. Handleiding*. Leuven/Amersfoort, België/Nederland: Acco.

Wit, C.A.M. de. (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten. De stand van zaken na vijftwintig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, 18, 166-184.

Wit, C.A.M. (2000a). Depressie bij kinderen en adolescenten: een overzicht. In C. de Wit, C. Braet, & T. Snaterse (Red.), *Behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten* (pp. 9-30). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Wit, C.A.M. (2000b). *Depressie bij kinderen en adolescenten. Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wolff, M.S. de, Bakel, H.J.A. van, Berkel, B.R. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Leiden/Utrecht, Nederland: TNO/Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.



Yperen, T. van, & Bommel, M. van (2009). *Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (Nji)/RIVM.

Zanden, A. P. van der, Meeuwissen, J. A. C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M. A., Besselink, R., Celi, P., Dijk-van Hartskamp, J. van, Doesum, K. T. M., Meerendonk, M. G. J. A., Tesselaar, S. G., & Hosman, C. M. H. (2015). *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.



Bijlage 1

Niveau van bewijs volgens DEJ



Bijlage 1. Niveau van bewijs volgens DEJ

Erkenning

De Erkenningscommissie Interventies beoordeelt interventies op drie niveaus:

I *Theoretisch goed onderbouwd*

- doel, doelen, aanpak en randvoorwaarden zijn degelijk beschreven
- werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorie of literatuur
- voor dit niveau zijn geen resultaten uit effectonderzoek nodig

II *Waarschijnlijk effectief*

- dezelfde criteria als voor 'theoretisch goed onderbouwd', plus:
- effectiviteit is aangetoond met één sterk Nederlands onderzoek of meerdere onderzoeken met een lagere bewijskracht

III *Bewezen effectief*

- dezelfde criteria als voor 'theoretisch goed onderbouwd', plus:
- effectiviteit is aangetoond met twee sterke Nederlandse onderzoeken of één sterk Nederlands onderzoek in combinatie met sterke buitenlandse onderzoeken

Een erkenning kan ook onder voorbehoud worden gegeven. De commissie heeft dan nog enkele vragen aan de eigenaar. Een beoordeling is vijf jaar geldig. De erkenningscommissie kan een interventie ook afwijzen.

Goed beschreven

Als opstap naar erkenning is een beoordeling op het niveau 'goed beschreven' mogelijk. Dit niveau wordt niet beoordeeld door de erkenningscommissie, maar door een groep praktijkprofessionals. Deze beoordeling is twee jaar geldig.

Goed beschreven

- doel, doelen, aanpak en randvoorwaarden zijn degelijk beschreven
- de handleiding is bruikbaar
- er is een procesevaluatie uitgevoerd



Bijlage 2

Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009)



Bijlage 2. Niveau van bewijs volgens de MDR Depressie Jeugd (2009)

Tabel 1: Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostische accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A20 niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

