



Richtlijn

# 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.

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](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

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

3e herziene druk 2017

#### 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](mailto:info@trimbos.nl)

## Voorwoord

De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW zien de noodzaak in van een aparte richtlijn op het gebied van stemmingsproblemen. Het getuigt van de behoefte aan meer verspreiding van kennis onder professionals.

Deze richtlijn sluit aan op het *Addendum Depressie bij Jeugd* (bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie) (Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Deze richtlijn doet aanbevelingen over screening, diagnostiek, preventie en interventie met betrekking tot depressieve stoornissen. Waarom is dan nog een aparte *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* nodig? Deze richtlijn is nodig om specifieke vragen van professionals, ouders en jeugdigen over de hulp bij depressieve klachten te beantwoorden. Professionals binnen de ambulante en residentiële jeugdhulpverlening en jeugdbescherming hebben bijna dagelijks te maken met jeugdigen met stemmingsproblemen. Het kan bijvoorbeeld gaan om beginnende stemmingsproblemen in reactie op levensgebeurtenissen zoals een uithuisplaatsing of om jeugdigen die eerder een depressie doorgemaakt hebben en die dreigen terug te vallen. Stemmingsproblemen gaan vaak gepaard met gevoelens van hopeloosheid en die gevoelens zijn besmettelijk. Ook professionals kunnen besmet raken met gevoelens van hopeloosheid als een kind of jongere stemmingsproblemen ervaart. Men weet dan niet wat men moet doen. Toch kunnen professionals binnen de jeugdhulpverlening een belangrijke rol spelen in het verminderen van stemmingsproblemen en het voorkomen van een echte depressie.

Ouders en jeugdigen hebben behoefte aan kwalitatief goede informatie over stemmingsproblemen zodat ze zelf daadwerkelijk kunnen participeren in het maken van keuzes voor een aanpak of behandeling die het beste bij hen past.

Ondanks een grondige zoektocht door de wetenschappelijke literatuur zijn er nog veel vragen niet te beantwoorden op basis van wetenschappelijke bevindingen. Toch is het van belang om op concrete vragen concrete antwoorden te formuleren. Om de individuele professional, ouder en jeugdige toch een handreiking te bieden zijn er 'best practices' geformuleerd op basis van consensus binnen de werkgroep die later weer aan de klankbordgroep en de beroepsverenigingen zijn voorgelegd. Uit de proefinvoering blijkt dat de professionals veel steun ervaren aan de 'best practices'.

Het ontwikkelen van deze richtlijn was niet mogelijk geweest zonder de grote groep van professionals en specialisten die een bijdrage geleverd hebben om de richtlijn tot een bruikbaar en handzaam instrument te maken.

Yvonne Stikkelbroek

*Voorzitter van de Richtlijn Stemningsproblemen in de jeugdhulp en jeugdbescherming*





## De belangrijkste aanbevelingen

1. Breng voor elke jeugdige in kaart welke risicofactoren, in stand houdende factoren en beschermende factoren van invloed zijn op het ontstaan en verergeren van stemmingsproblemen.
2. Houd bij het signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen rekening met de fase van ontwikkeling waarin de jeugdige zich bevindt. Signalen van sombere of verdrietige stemmingen, prikkelbaarheid of verlies van interesse zijn meestal goede voorspellers van stemmingsproblemen.
3. Screen jeugdigen die binnen hoogrisicogroepen vallen en/of die een ernstige levensgebeurtenis hebben meegemaakt altijd op stemmingsproblemen.
4. Bevraag jeugdigen zelf bij het screenen op stemmingsproblemen. Bevraag ook hun ouders.
5. Gebruik een vragenlijst om de problematiek vast te stellen: de Youth Self Report (YSR), de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), de S-PSY (Screeningsinstrument PSYchische stoornissen), de Child Depression Inventory (CDI), de Child Behavior Checklist (CBCL) en/of de Teacher Report Form (TRF).
6. Wees erop bedacht dat stemmingsproblemen kunnen verergeren of kunnen schommelen. Evalueer de ernst van de problematiek en het resultaat van de interventies steeds weer opnieuw om verergering van de problematiek tijdig vast te kunnen stellen.
7. Raadpleeg bij ernstige stemmingsproblemen en bij stemmingsstoornissen de huisarts of de gespecialiseerde zorg over een verwijzing en/of samenwerking. Hoe ernstiger de problematiek, hoe sneller er gehandeld moet worden.
8. Schakel de huisarts of gespecialiseerde hulp in bij comorbiditeit, bipolaire problematiek en/of wanneer je inschat dat je eigen inzet binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming te weinig resultaat geeft. Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde hulp.
9. Houd bij stemmingsproblemen altijd rekening met suïcidedreiging. Gedachten aan suïcide worden niet altijd geuit en signalen kunnen subtiel zijn. Neem signalen van een dreigende suïcide altijd serieus en wees alert op deze signalen.
10. Zet bij stemmingsproblemen een aanbevolen interventie in. Hierbij geldt: hoe eerder hoe beter. Indien mogelijk, betrek dan de ouders bij de interventie.
11. Betrek de omgeving van de jeugdige waar mogelijk bij de zorg en/of de behandeling. Denk hierbij aan het gezin en de school.
12. Draag bij aan de samenwerking en afstemming binnen het netwerk van hulpverleners rondom jeugdigen, door overdracht van sleutelinformatie en door afspraken over terugvalpreventie.





# Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
De belangrijkste aanbevelingen.....	5
<b>Hoofdstuk 1. Inleiding .....</b>	<b>9</b>
1.1 Doelgroep.....	10
1.2 Definitie stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen.....	10
1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal .....	11
1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn .....	11
1.5 Bijstelling en herziening van de richtlijn .....	12
1.6 Juridische betekenis van de richtlijn .....	12
1.7 Gedeelde besluitvorming .....	13
1.8 Diversiteit.....	15
1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd.....	15
1.10 Leeswijzer .....	15
<b>Hoofdstuk 2. Risico- en in stand houdende factoren .....</b>	<b>17</b>
2.1 Welke risico-, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen zijn er?.....	18
2.2 Welke (groepen) jeugdigen hebben een verhoogd risico op stemmingsproblemen? ..	20
2.3 Aanbevelingen.....	20
<b>Hoofdstuk 3. Signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen .....</b>	<b>23</b>
3.1 Wat zijn signalen van stemmingsproblemen? .....	24
3.2 Waaruit moet onderzoek minimaal bestaan voordat hulpverleners de aard en ernst van stemmingsproblemen kunnen vaststellen? .....	24
3.2.1 Screening .....	24
3.2.2 Vaststellen van de aard van de problematiek.....	25
3.2.3 Vaststellen van de ernst van de problematiek.....	26
3.2.4 Signaleren van bipolaire problematiek .....	28
3.3 Wanneer jeugd-ggz?.....	29
3.4 Aanbevelingen.....	29
<b>Hoofdstuk 4. Suïcidaliteit .....</b>	<b>31</b>
4.1 Wat zijn signalen voor suïcidaliteit?.....	32
4.2 Wat zijn risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor suïcidaliteit?.....	32
4.3 Wanneer is direct ingrijpen vereist?.....	35
4.4 Suïcidepreventie in residentiële instellingen.....	35
4.5 Aanbevelingen .....	36



<b>Hoofdstuk 5. Interventies bij stemmingsproblemen .....</b>	<b>39</b>
5.1 Wat zijn, voor welke leeftijden, (kosten)effectieve (preventieve) interventies die jeugdhulp kunnen bieden? .....	40
5.2 Welke criteria, indicaties en contra-indicaties bepalen de volgorde waarin interventies bij stemmingsproblemen worden aangeboden?.....	40
5.3 Aanbevelingen .....	40
<b>Hoofdstuk 6. Samenwerking en afstemming .....</b>	<b>43</b>
6.1 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen? .....	44
6.2 Hoe kunnen jeugdprofessionals werken ter ondersteuning van ingezette interventies (ook vanuit de gespecialiseerde hulp) en in de context van gezin, school en vrije tijd? .....	44
6.3 Wat kunnen hulpverleners doen als interventies gecontra-indiceerd zijn en het aanbod van de jeugd-ggz ontoereikend is? .....	49
<b>Literatuur.....</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep.....</b>	<b>57</b>





## Hoofdstuk 1

# Inleiding



## 1.1 Doelgroep

De *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (inclusief onderbouwing en werkkaarten), en de onderbouwing ervan, is primair bedoeld voor de jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.

De richtlijn richt zich primair op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als 'jeugdzorgwerker' of 'gedragswetenschapper in de jeugdzorg' en/of zijn BIG-geregistreerd (bijv. als GZ-psycholoog). De richtlijn richt zich ook op professionals op een hbo-functie die jeugdhulp verlenen en vooraangemeld zijn voor beroepsregistratie bij het SKJ. Zij kunnen zich vanaf januari 2018 registreren als 'jeugd- en gezinsprofessional'. Omdat de uitwerking van de registratie nog in ontwikkeling is, houden we vooralsnog de aanduiding 'jeugdprofessional' aan. Verder kunnen ook andere professionals die met jeugdigen en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn.

Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep. Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld 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. Zie voor meer informatie [www.professionaliseringjeugdhulp.nl](http://www.professionaliseringjeugdhulp.nl).

Van deze richtlijn is een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen<sup>1</sup> en hun ouders<sup>2</sup>.

## 1.2 Definitie stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen

De *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is gericht op jeugdigen<sup>3</sup> vanaf zes jaar met stemmingsproblemen, of bij wie stemmingsproblemen worden vermoed.

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

1 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.

2 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.

3 De richtlijn geldt conform de Jeugdwet ook voor personen tot 23 jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt.



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. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt 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.

Stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen zijn sterk gerelateerd. Stemningsproblemen of subklinische depressie (volgens de CAP-J) kunnen overgaan in stemmingsstoornissen (volgens de DSM-5). Verder zijn er verschillende uitingsvormen die samenhangen met de leeftijd of de ontwikkeling van de jeugdige (zoals in hoofdstuk 3 wordt toegelicht).

Stemmingsproblemen en -stoornissen kennen een episodisch beloop. Voordat er volledig herstel optreedt, is er grote kans op terugval. Na herstel is de kans groot dat een nieuwe episode van stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis zal optreden. Kinderen en jongeren met een subklinische depressie (of stemmingsproblemen volgens de CAP-J) hebben, ook jaren later, even veel risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis als jeugdigen die al eerder een depressieve stoornis hebben doorgemaakt (Addendum Depressie bij Jeugd; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

### **1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal**

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkeningscommissie (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.

### **1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn**

Bij het ontwikkelen van de richtlijn zijn cliënten (ouders van jeugdigen die jeugdhulp (hebben) ontvangen) gedurende het proces 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 (LCF)<sup>4</sup> 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

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

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 voor ouders 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.

### **1.5 Bijstelling en 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) zag de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Momenteel voert het Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van de beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW) het beheer en onderhoud van de richtlijnen uit.

### **1.6 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. Hij<sup>5</sup> 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 het Tuchtcollege.

### 1.7 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele hulpproces 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 hulpproces 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 hulpproces 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

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

- en niet werkt bij bepaalde problemen;
- 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, en waar mogelijk de jeugdige, 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;
- oog heeft voor de mate waarin ouders, en eventueel de jeugdige, zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- 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 hulpproces 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 jeugdprofessional;
- 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 keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het hulpproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij hulp 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 cliëntdossier.

## 1.8 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.

## 1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd

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 voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

## 1.10 Leeswijzer

De *Richtlijn Stemningsproblemen voor 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 onderhavige richtlijn voor de jeugdhulp en jeugdbescherming 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 voor 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 wetwijziging doorgaat.

Deze richtlijn vormt de neerslag van een meer omvattend document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen (Meeuwissen, Speetjens et al., 2014). Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een samenvatting van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar.

In hoofdstuk 2 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 3 wordt een aantal bruikbare instrumenten besproken waarmee de aard en ernst van stemmingsproblemen kan worden vastgesteld. Hoofdstuk 4 gaat specifiek in op suïcidaliteit, aangezien stemmingsproblemen hiervoor een grote risicofactor vormen. In hoofdstuk 5 komen de interventies aan bod die ingezet kunnen worden om stemmingsproblemen te behandelen of te voorkomen. In hoofdstuk 6 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.





## Hoofdstuk 2

# Risico- en in stand houdende factoren



## 2.1 Welke risico-, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen zijn er?

In de literatuur is een groot aantal risico-, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen beschreven. Deze factoren betreffen de leefomgeving of school, de ouders of het gezin, en het kind zelf. Ze omvatten ook levensgebeurtenissen (zie *tabel 1*). Risico- en in stand houdende factoren zijn factoren die een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van de jeugdige. Beschermende factoren kunnen de invloed van risicofactoren beperken. Bekend is dat het risico op een stemmingsstoornis voornamelijk wordt gevormd door een interactie van erfelijke en omgevingsfactoren (zoals psychosociale omstandigheden of levensgebeurtenissen), maar dat dit interactie-effect door beschermende factoren kan worden afgezwakt.

Meestal zijn het twee of drie psychosociale risicofactoren die leiden tot een eerste depressieve episode (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder of ander familielid, echtscheiding van de ouders, verhuizing of wisseling van school, ernstige ziekte en mishandeling of seksueel misbruik, zijn belangrijke ontwrichtende factoren (Van Rooijen & Ince, 2012; Conijn & Ruiters, 2011; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Bij jeugdigen met een hoog risico op een depressie is een levensgebeurtenis in vijftig tot zeventig procent van de gevallen de directe aanleiding voor een acute depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

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, vluchtelingenkinderen en kinderen die in Nederland verblijven zonder verblijfsvergunning (ongedocumenteerde kinderen).

Het is belangrijk te weten welke risico-, in stand houdende en beschermende factoren een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van stemmingsproblemen. Veel factoren zijn niet direct zichtbaar waardoor het voor de jeugdprofessional lastig is ze te signaleren. Het is dan ook van belang gericht naar de aanwezigheid van zulke factoren te vragen. De risico-, in stand houdende en beschermende factoren waarop invloed uitgeoefend kan worden, vormen aangrijpingspunten voor tijdige ondersteuning van jeugdigen. Interventies hebben als doel de invloed van risico- en in stand houdende factoren te beperken en de invloed van beschermende factoren te versterken. Dit alles om stemmingsproblemen te voorkomen, dan wel verergering van stemmingsproblemen tegen te gaan.

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, 2016) bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling.

Tabel 1: Risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor stemmingsproblemen

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



## 2.2 Welke (groepen) jeugdigen hebben een verhoogd risico op stemmingsproblemen?

Jeugdigen in hoogrisicogroepen lopen meer risico op het ontwikkelen van stemmingsproblemen dan andere jeugdigen. In hoogrisicogroepen zijn vaak meerdere risicofactoren en/of negatieve levensgebeurtenissen aanwezig, en heeft de jeugdige een gemiddelde tot lage veerkracht (Van Rooijen & Ince, 2012; Conijn & Ruiters, 2011; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

De volgende hoogrisicogroepen zijn aan te wijzen:

- mishandelde, verwaarloosde en/of seksueel misbruikte jeugdigen (of jeugdigen bij wie mishandeling, verwaarlozing en/of seksueel misbruik wordt vermoed);
- jeugdigen met depressieve en/of angstige symptomen en/of prikkelbaarheid (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, waaronder ook allochtone meisjes, die zich melden in de jeugdhulp (Horowitz & Garber, 2006);

## 2.3 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.
- Raadpleeg de *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).
- Raadpleeg de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., 2016) bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling.
- Raadpleeg de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff et al., 2014) bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid.



- Raadpleeg de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013) bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen.
- Raadpleeg de *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Anthonijsz et al., 2015). bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.

### **Bij jeugdigen met (een verhoogd risico op) stemmingsproblemen**

- Wees extra alert op stemmingsproblemen. Ga hiervoor naar hoofdstuk 3.
- Wees extra alert op suïcidaliteit. Ga hiervoor naar hoofdstuk 4.
- 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 3

# Signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen



### 3.1 Wat zijn signalen van stemmingsproblemen?

De symptomen van stemmingsproblemen verschillen per leeftijdsfase: hoe jonger een jeugdige is, hoe fysieker de symptomen (De Wit, 1997). Bij een baby/dreumes zijn de signalen bijvoorbeeld: ontroostbaar huilen, slaap- en eetstoornissen, apathie, zich terugtrekken. Op peuter- en kleuterleeftijd zijn de signalen: een droeve gelaatsuitdrukking en lichaamshouding, geen plezier hebben, niet speels zijn, geen symbolisch spel spelen, scheidingsangst laten zien, een lichamelijke en emotionele groeiachterstand hebben, onrealistische 'magische' schuldgevoelens hebben. In de basisschoolleeftijd zijn de signalen: een droeve stemming, geen plezier hebben, schuldgevoelens hebben, het idee hebben slecht te zijn, lusteloosheid, problemen met eigenwaarde hebben, suïcidale gedachten hebben, negatieve gedachten over de toekomst hebben, erg bezig zijn met ziekte en dood, minder actief zijn dan voorheen. Bij adolescenten zijn de signalen: een droeve stemming, geen plezier hebben, schuldgevoelens hebben, het idee hebben slecht te zijn, lusteloosheid, problemen hebben met eigenwaarde, suïcidale plannen of daden, minder actief zijn dan voorheen, minder motivatie hebben om iets te presteren, ontevreden zijn over lichaam, seksualiteit en relaties.

Het is gecompliceerd om stemmingsproblemen bij jeugdigen te signaleren doordat sommige kenmerken ervan horen bij het opgroeien. Zo komen bij jongeren sombere gevoelens, angst, verlegenheid, geremdheid, eenzaamheid en een laag zelfvertrouwen veelvuldig voor zonder dat dit zorgelijk hoeft te zijn. Dergelijke emoties gaan vaak vanzelf over als jongeren ouder worden (Rooijen & Ince, 2012). Daarnaast is het signaleren van stemmingsproblemen bij jeugdigen lastig omdat de symptomen makkelijk gemist worden. De symptomen springen namelijk minder in het oog dan bijvoorbeeld uitingen van gedragsproblemen (Postma & Schulte, 2008). Ook kunnen de problemen gemaskeerd worden door bijvoorbeeld gedragsproblemen of bijkomende problematiek.

Een jeugdprofessional dient competent en deskundig te zijn in het signaleren van stemmingsproblemen, waarbij observerend vermogen, gespreksvaardigheden en kennis van gedrags- en ontwikkelingsproblemen van belang is (Postma & Schulte, 2008). Om signalen van stemmingsproblemen goed op te pikken, is volgens Postma en Schulte (2008) het gebruik van een screeningsinstrument gewenst, naast de klinische blik. Scholing van jeugdprofessionals in het gebruik van screeningsinstrumenten is dan ook gewenst.

### 3.2 Waaruit moet onderzoek minimaal bestaan voordat hulpverleners de aard en ernst van stemmingsproblemen kunnen vaststellen?

#### 3.2.1 Screening

Vermoed je een stemmingsprobleem, dan is het wenselijk een screeningsinstrument in te zetten. Het vaststellen van stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis is namelijk vaak lastig doordat jeugdigen niet geneigd zijn om te praten over symptomen, terwijl ze wel de belangrijkste informatiebron vormen (NICE, 2005). Voor de screening wordt aanbevolen om gebruik te maken van gevalideerde instrumenten zoals de Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) en Youth Self Report (YRS) (Achenbach, 1991; Achenbach & Ruffle, 2001) of de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; 1999; Van Widenfelt,





Goedhart, Treffers & Goodman, 2003). De scores op deze instrumenten bieden inzicht in de emotionele en gedragsproblemen van de jeugdige. Bij screening op depressie dienen ook altijd een of meer items over suïcide meegenomen te worden. De CBCL/YSR/TRF, S-PSY (dit is de SDQ met toegevoegde items onder andere op het gebied van zelfdestructief gedrag zoals automutilatie en suïcidaal gedrag) en Child Depression Inventory (CDI) geven deze mogelijkheid.

Screening op stemmingsproblemen en het beoordelen van de uitkomst van een screeningsinstrument kan in principe gedaan worden door alle jeugdprofessionals met minimaal HBO-niveau. De beslissing over wat er gedaan dient te worden op basis van de uitkomst dient te worden genomen door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.

### 3.2.2 Vaststellen van de aard van de problematiek

Om de aard van de stemmingsproblemen of een stemmingsstoornis vast te stellen is het volgens het *Addendum Depressie bij Jeugd* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) van belang om te vragen

- of er specifieke perioden zijn waarin een depressie optreedt (in verband met seizoensgebonden depressie);
- of er sprake is van een sombere stemming en van verlies van interesse of plezier (anhedonie) gedurende de laatste weken (kernsymptomen);
- of depressie of neerslachtigheid in de familie voorkomt;
- of er bij de ouder(s) sprake is van andere psychopathologie dan depressie, zoals angststoornissen of verslavingsproblematiek.

Zodra duidelijk is dat een jeugdige symptomen van stemmingsproblemen vertoont, dient de jeugdprofessional ervoor te zorgen dat de aard en de ernst van de problematiek nader wordt onderzocht. Diagnostisch onderzoek dient te worden uitgevoerd door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.

Gaat het om een jeugdige van acht jaar of ouder, dan is het belangrijk om hem zelf te vragen naar zijn problemen en symptomen. Daarnaast dienen de ouders te worden bevraagd. Vervolgens is het raadzaam om beide resultaten te combineren (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Als alleen ouders worden bevraagd, is de kans groot dat een stemmingsprobleem wordt gemist. Wordt alleen de jeugdige bevraagd, dan worden de stemmingsproblemen vaker overschat. Jeugdigen vanaf acht jaar kunnen zelf een vragenlijst over hun stemmingsproblemen invullen. Ook kan bij hen een diagnostisch interview worden afgenomen. Bij jongere kinderen dienen andere technieken te worden toegepast, zoals spelobservaties (Timbremont & Braet, 2005).

Stemmingsproblemen en stemmingsstoornissen dienen te worden onderscheiden van gecompliceerde rouw, aangezien deze aandoening een andere ernstinschatting en behandelaanpak vraagt. Van gecompliceerde rouw is sprake wanneer de jeugdige zes maanden na het verlies van een dierbare aanhoudend gericht is op de overledene (verlangen naar en missen van), moeite heeft om zijn/haar dood te accepteren, verregaande bittere en boze gevoelens heeft in relatie tot dit verlies, gevoelloosheid ervaart, moeite heeft om verder te gaan



met het leven en het gevoel heeft dat het eigen leven leeg en onbevredigend is. De Inventory for Prolonged Grief for Children (IPG-C) en de Inventory for prolonged Grief for Adolescents (IPG-A) zijn betrouwbare en valide instrumenten om dit te meten (Spuij, Prinzie et al., 2011).

### 3.2.3 Vaststellen van de ernst van de problematiek

Voor een inschatting en diagnostiek van de ernst van een stemmingsprobleem of stemmingsstoornis kan gebruikgemaakt worden van de CDI (Child Depression Inventory; zelfrapportage). Dit instrument kan worden ingezet door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.<sup>7</sup>

Indien er sprake is van een stemmingsprobleem is het belangrijk de ernst ervan te onderscheiden. Dit vereist een uitgebreide beoordeling van de volgende factoren:

- het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren, plus de beperkingen daarin;
- de hoeveelheid symptomen:
  - 2-4 symptomen (duidt op subklinische depressie);
  - 5 symptomen (duidt op lichte depressie);
  - 6-7 symptomen (duidt op matige depressie);
  - 8-9 symptomen (duidt op ernstige depressie);
- de aard van de symptomen (geldt in het bijzonder voor psychotische kenmerken en suïcidaliteit);
- het beloop (de duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel of een recidive);
- comorbiditeit.

Samenvattend: stemmingsproblemen kunnen ernstiger worden en overgaan in een stemmingsstoornis naarmate de problematiek met meer en ernstiger symptomen gepaard gaat, langer duurt, depressieve episodes vaker recidiveren, het algemeen functioneren ernstiger aantast (op meerdere domeinen, zoals school, thuis, in hobby's), en naarmate de jeugdige tussen de episodes door minder goed herstelt. Het betreft een klinische afweging. De ernstbepaling dient herhaaldelijk plaats te vinden om verergering van de problematiek tijdig vast te kunnen stellen.

Vanuit de jeugdhulp en jeugdbescherming is het van belang te letten op de volgende vier zaken (Van Yperen, Van den Berg & Eijgenraam, 2002; Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009; zie ook *werkkart 3*).

1. Abnormaliteit van het gedrag. Dit gaat dus over de mate waarin het gedrag van de jeugdige afwijkt van wat als normaal wordt beschouwd. Het gaat dan over gedrag dat
  - niet past bij de leeftijd van de jeugdige;
  - niet past bij de sekse van de jeugdige;
  - langer duurt dan 2 weken;
  - is uitgebreid over meerdere situaties van functioneren;
  - specifieke symptomatologie betreft;
  - frequent optreedt;



- een verandering van gedrag betreft;
  - niet past bij de sociaal-culturele context van de jeugdige;
  - niet past bij de levensomstandigheden van de jeugdige.
2. Risico- en beschermende factoren in de jeugdige, het gezin, de opvoeding en de wijdere omgeving. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld:
- de biologische kwetsbaarheid van de jeugdige;
  - pathogene gezinsrelaties;
  - een incompetent opvoedingsklimaat;
  - nadelige factoren in de wijdere omgeving (bijv. wonen in een achterstandsbuurt).

Beschermende factoren kunnen zich op meerdere terreinen manifesteren, bijvoorbeeld:

- de jeugdige: grote sociale en probleemoplossende vaardigheden, gevoel voor humor, hoge intelligentie;
  - het gezin: een goede relatie tussen jeugdige en ouder(s), opvoedend handelen dat wordt gekenmerkt door warmte, disciplineren, responsiviteit en sensitiviteit;
  - de wijdere omgeving: een steunend netwerk, positieve schoolervaringen, goede relaties met leeftijdgenoten en leerkrachten;
  - sociaal-maatschappelijk gebied: goede voorzieningen, prettige woonomgeving, werkgelegenheid.
3. Gevolgen van het probleemgedrag. Deze gevolgen betreffen:
- de lijdensdruk bij de jeugdige;
  - de sociale belemmering voor de jeugdige;
  - de ontwikkeling van de jeugdige;
  - de gevolgen voor anderen;
  - de gevolgen voor behandeling.
4. Kwaliteit van leven. Dit wordt deels bepaald door objectieve indicatoren, deels door een subjectieve waardering van lichamelijk, materieel, sociaal en emotioneel welbevinden, deels door de ervaren competentie. Dit alles wordt gewogen aan de hand van de waarden die de persoon in kwestie erop nahoudt (Felce & Perry, 1996).

Het *Addendum Depressie bij Jeugd* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) hanteert het volgende schema voor de inschatting van de ernst van een stemmingsstoornis (zie tabel 2). Als er 2 tot 4 symptomen aanwezig zijn, zonder psychotische of suïcidale kenmerken, spreken we van stemmingsproblemen.

Tabel 2: Ernstbeoordeling

	Licht	Matig	Ernstig
<b>Aantal symptomen</b>			
5 symptomen			
6-7 symptomen			
8-9 symptomen			
<b>Aard van de symptomen</b>			
psychotische kenmerken en / of suicidaliteit			
<b>Zelfrapportage Children's Depression Inventory (CDI-27)</b>			
score tot en met 11			
score 12 tot en met 15			
score 16 en hoger			
<b>GAF-score: dagelijks functioneren</b>			
65 en hoger			
45-65			
lager dan 45			
<b>Aantal gebieden van interferentie met de dagelijkse gang van zaken (school, vrienden, hobby's/activiteiten, thuis)</b>			
1 gebied			
2 of 3 gebieden			
4 gebieden			

### 3.2.4 Signaleren van bipolaire problematiek

Bipolaire stoornissen komen niet frequent voor onder jeugdigen, maar omdat de impact van een bipolaire stoornis op het leven van een jeugdige zo substantieel is, schenken we in deze richtlijn specifiek aandacht aan het (vroegtijdig) herkennen van deze problematiek. Kinderen en jongeren die mogelijk een bipolaire stoornis hebben, moeten worden doorverwezen naar de jeugd-ggz.

Symptomen bij jeugdigen verschillen van die bij volwassenen. De jeugdprofessional moet letten op:

- snelle schommelingen in stemming en gedrag, vaak geassocieerd met comorbide ADHD en gedragsstoornissen;
- zeer snelle, korte, terugkerende manische episodes die enkele uren tot een paar dagen duren (McClellan, Kwatch, Findling & Work Group on Quality Issues, 2007). Manische episodes zijn zeer sterke schommelingen in gedrag en gevoel;
- veranderingen in stemming, energieniveau en gedrag. Prikkelbaarheid, strijdlust en gemengde manisch-depressieve kenmerken komen vaker voor dan euforie;
- psychotische symptomen, sterk labiele stemmingen en/of gemengde manische en depressieve kenmerken (McClellan, Kwatch, Findling & Work Group on Quality Issues, 2007);
- chronisch manisch gedrag (McClellan, Kwatch, Findling & Work Group on Quality Issues, 2007).

### 3.3 Wanneer jeugd-ggz?

Bij ernstige stemmingsproblemen of bij een vermoeden van een stemmingsstoornis is het wenselijk om in ieder geval de huisarts of gespecialiseerde zorg te raadplegen. Dit in verband met een eventuele verwijzing dan wel samenwerking. Als er naast stemmingsproblemen ook sprake is van een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een angststoornis, ADHD of ASS) dient de jeugdprofessional door te verwijzen naar de jeugd-ggz. Ook doe je er goed aan de jeugd-ggz in te schakelen wanneer je inschat dat de inzet binnen andere vormen van jeugdhulp te weinig resultaat geeft. Bij twijfel wordt aanbevolen om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg in te winnen.

Zodra er signalen zijn die wijzen op bipolaire problematiek (bijvoorbeeld hypomane fasen) dient de jeugdprofessional de huisarts of jeugd-ggz in te schakelen voor diagnostiek.

Voor jeugdprofessionals hoort helder te zijn wie bevoegd en bekwaam is om een stemmingsprobleem of stemmingsstoornis vast te stellen. Ook moet duidelijk zijn hoe jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz) en huisarts kunnen samenwerken als het gaat om signalering en diagnostiek. Er hoort een sociale kaart beschikbaar te zijn die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart dient namen en telefoonnummers te bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

### 3.4 Aanbevelingen

- Houd bij het signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen rekening met de fase van ontwikkeling waarin de jeugdige zich bevindt. 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. Doe dit met een van de aanbevolen gestandaardiseerde instrumenten.
- Leg uit aan de jeugdige en de ouders dat er met vragenlijsten wordt gewerkt om te kijken wat goed gaat en waarover zorgen zijn en bespreek vervolgens de uitkomsten.
- Maak bij het opsporen van stemmingsproblemen bij jeugdigen tot achttien jaar gebruik van de CBCL (anderhalf tot achttien jaar) of de SDQ (drie tot zestien jaar). Bij elf- tot achttienjarigen kan als zelfrapportagelijst bovendien de YSR worden gebruikt.
- Bevraag jeugdigen zelf (ook jonge kinderen) 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 suïcide mee. De CBCL/YSR/TRF, S-PSY en CDI geven deze mogelijkheid. Bij een positieve beantwoording van het item suïcidaliteit moet de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* geraadpleegd worden (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012).

- Zorg dat je over gesprekstechnieken beschikt waarmee je goed door kunt vragen bij kinderen en jongeren. Vraag desgewenst om training op dit gebied. Verwijs bij ernstige stemmingsstoornissen (volgens de uitkomsten van gestandaardiseerde vragenlijst als CBCL/YSR/TRF etc.) door naar een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional.
- Wees erop bedacht dat stemmingsproblemen kunnen verergeren of kunnen schommelen. Evalueer de ernst van de problematiek en het resultaat van de interventies steeds weer opnieuw om verergering van de problematiek tijdig vast te kunnen stellen.
- Raadpleeg bij ernstige stemmingsproblemen en bij stemmingsstoornissen de huisarts of de gespecialiseerde hulp over een verwijzing en/of samenwerking. Hoe ernstiger de problematiek, hoe sneller er gehandeld moet worden.
- Betrek de huisarts of 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.
- Schakel de huisarts of gespecialiseerde hulp in wanneer je inschat dat je eigen inzet binnen andere vormen van jeugdhulp te weinig resultaat geeft.
- Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg.
- Zorg dat er een sociale kaart beschikbaar is die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz), de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart moet namen en telefoonnummers bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

## Hoofdstuk 4

# Suïcidaliteit



Onder 'suïcidaliteit' wordt de suïcidale toestand verstaan. Deze toestand omvat suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en in het heden. Cruciaal zijn de motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals door de jeugdige gerapporteerd (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012). Het gaat er de jeugdige meestal niet om een doodswens te vervullen: de wens is vooral dat problemen weg zijn en dood zijn wordt gezien als enige uitweg voor depressieve of machteloze gevoelens.

#### 4.1 Wat zijn signalen voor suïcidaliteit?

Gedachten aan suïcide worden volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012) niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. Om suïcidaliteit te achterhalen moet er onderzoek worden gedaan. Iemand die suïcidegedachten 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, Ghosh, Huggins, Bell, Adler & Shroyer, 2008). Wanneer de jeugdige een eerdere poging tot suïcide heeft gedaan, is de kans op herhaling groot, dus dit is het extra van belang om alert te zijn op gedachten en plannen over zelfdoding (Owens, Horrocks & House, 2002; Kessler, Borges & Walters, 1999; Fawcett, Scheftner, Fogg & Clark, 1991; Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000; Harris & Barraclough, 1997).

Zelfbeschadigend gedrag kan een signaal van een suïcidewens zijn, net als risicovol gedrag waarbij iemand de kans loopt te overlijden. 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 Depressie bij Jeugd* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) adviseert daarom om bij screening op depressie ook altijd een of meer items over suïcidaliteit mee te nemen. De CDI, YSR/ CBCL en S-PSY geven deze mogelijkheid. Antwoordt de jeugdige bevestigend op zo'n item, raadpleeg dan de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012).

#### 4.2 Wat zijn risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor suïcidaliteit?

De belangrijkste risicofactor voor suïcide door jeugdigen is depressie (American Psychiatric Association, 2003; Birmaher & Brent, 2007). Bij depressie komen namelijk vaak suïcidale gedachten en handelingen voor. De aanwezigheid van andere psychische stoornissen (comorbiditeit) vormt sowieso een grote risicofactor (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003).

Stressoren, hopeloosheid, impulsiviteit en sociaal isolement spelen een belangrijke rol. De *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012) plaatst deze risicofactoren in een model van stress, kwetsbaarheid en entrapment. Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat suïcidaliteit voortkomt uit factoren die de individuele kwetsbaarheid vergroten of verminderen, in combinatie met





stressoren die aanleiding geven tot het actuele gedrag. Het entrapment-model geeft het psychologische proces weer waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren tot suïcidaal gedrag kunnen komen. Suïcidaliteit hangt vaak samen met psychische stoornissen en kan als volgt worden omschreven (Van Hemert, Kerkhof et al., 2012): “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.”

In de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* zijn de kwetsbaarheidsfactoren en stressoren bij jeugdigen in kaart gebracht met behulp van de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003) en nieuw literatuuronderzoek. Deze factoren worden hieronder opgesomd.

### **Biologische factoren**

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

### **Persoonskenmerken**

- Leeftijd. Jongeren suïcidieren zich minder dan volwassenen, maar doen in verhouding wel meer pogingen. Onder de vijftien jaar is suïcide zeer zeldzaam, maar het komt wel voor. Een specifieke uitingsvorm van suïcidaliteit op jongere leeftijd is bijvoorbeeld roekeloosheid; een aantal verkeersdoden in deze leeftijdsgroep is waarschijnlijk toe te schrijven aan suïcidale gevoelens (Beautrais, Joyce & Mulder, 1996).
- Homo- en biseksualiteit. De kans op suïcidedgedachten en een suïcidepoging is bij bi- en homoseksuele jongeren groter dan bij heteroseksuele jongeren (King & Merchant, 2008; Lewis, 2009; Van Bergen, Bos, Van Lisdonk, Keuzenkamp & Sandfort, 2013).
- Geslacht. Het aantal suïcidepogingen met dodelijke afloop ligt bij jongens hoger dan bij meisjes (Van Hemert & De Kruif, 2009). Daar staat tegenover dat het aantal pogingen bij meisjes vele malen hoger ligt (Burger, Van Hemert, Bindraban & Schudel, 2005; Arensman, Kerkhof, Hengeveld & Mulder, 1995).
- In aanvulling op de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* kan nog worden genoemd: geslacht in combinatie met culturele achtergrond. Meiden met een restrictieve culturele achtergrond die geen aansluiting vinden in de vrije Nederlandse samenleving, hebben vaker suïcidale neigingen dan autochtone jongeren (Van Bergen, Smit, Van Balkom & Saharso, 2012).

### **Psychologische factoren**

- Suïcidale jongeren hebben vaak een gering gevoel van eigenwaarde. Ze voelen zich dikwijls erg wanhopig en zijn vaak introvert (Beautrais, Joyce & Mulder, 1996). Hun sociaal-emotionele vaardigheden schieten vaak tekort (Beautrais, Joyce & Mulder, 1996), maar ook gebrek aan toekomstperspectief en gevoelens van hulpeloosheid vormen een risico (Pfeffer, 2001).



- Negatief en dwangmatig denken in combinatie met impulsiviteit, roekeloosheid en agressie kunnen een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag (Beck, Steer, Kovacs & Garritson, 1985; Beck, Brown & Steer, 1989a; Beck & Steer, 1989b; Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990; Brezo, Paris & Turecki, 2006; Morrison & O'Connor, 2008; Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz & Caine, 2001; Maser, Akiskal et al., 2002; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999).
- Wat ook aan suïcidaliteit kan bijdragen: een perfectionistische instelling, oftewel zelfkritisch en bezorgd zijn om de verwachtingen die anderen hebben (O'Connor, 2007).
- Een gebrekkig probleemoplossend vermogen kan suïcidaal gedrag eveneens in de hand werken (Elliot & Frude, 2001; Speckens & Hawton, 2005; Piquet & Wagner, 2001).

### Psychische aandoeningen

- In buitenlands onderzoek komt naar voren dat bij ongeveer negentig procent van de jongeren die overlijden door suïcide, sprake was van psychische (co)morbiditeit (Lesage, Boyer et al., 1994; Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais, Joyce & Mulder, 1996; Fowler, Rich & Young, 1986; Ivarson, Larsson & Gillberg, 1998; Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto & Tatarelli, 2004). Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslavingen en antisociaal gedrag. Psychotisch zijn (geweest) vormt een risico. Comorbiditeit speelt een versterkende rol.

### Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

- Het leven van jongeren die een suïcidepoging doen, kenmerkt zich veelal door een serie ingrijpende gebeurtenissen vanaf de kindertijd tot in de adolescentie. Het kent minder stabiele perioden dan het leven van jongeren die geen suïcidepoging doen, blijkt uit onderzoek (De Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wolters, 1992). Dezelfde studie vond dat het jaar voorafgaand aan de suïcidepoging een vergaande instabiliteit laat zien, door bijvoorbeeld een verhuizing of doubleren. Andere ingrijpende gebeurtenissen die van invloed waren zijn seksueel misbruik, echtscheiding, psychische problemen bij de ouders, fysieke problemen bij een lid van het gezin, een veranderende leefsituatie, verwaarlozing, en conflicten binnen het gezin. In aanvulling hierop vonden Marttunen, Aro en Lonnqvist (1993) 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 suïcidepoging (Beautrais, 2003).

### Maatschappelijke factoren en sociale omgeving

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

### Beschermende factoren suïcide

- Het is aannemelijk dat verschillende factoren waarvan uit onderzoek naar volwassenen is



gebleken dat deze tegen suïcidaliteit kunnen beschermen, ook voor jeugdigen van belang zijn. Het gaat om verbondenheid met de familie, een eventuele partner en het bredere sociale netwerk (vrienden, kennissen, klasgenoten, burens, collega's enzovoort). Het gevoel verantwoordelijk te zijn voor familieleden beschermt tegen suïcidaal gedrag (Hoyer & Lund, 1993). Ook verbondenheid met een professional of mantelzorger beschermt tegen suïcidaal gedrag (Chesley & Loring-McNulty, 2003). Uit onderzoek bij suïcidepogers (Chesley & Loring-McNulty, 2003) waarin gevraagd werd hoe een herhaalde poging kon worden voorkomen, bleek dat het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven is.

### 4.3 Wanneer is direct ingrijpen vereist?

Bij elke vorm van suïcidaal gedrag is direct ingrijpen vereist, vanwege een verhoogd risico op suïcide. Professionals die met suïcidaal gedrag worden geconfronteerd, moeten het gedrag – hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook – altijd serieus nemen. Het is belangrijk altijd af te wegen of medisch handelen nodig is (Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Van Hemert, Kerkhof et al., 2012). 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 transitie momenten in de lopende behandeling van psychische problemen, 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;
- bij een voorgeschiedenis met een doodswens en/of suïcidaliteit;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

Het blijkt dat sommige professionals zich geremd voelen om naar suïcidegedachten te vragen, omdat ze denken dat dit suïcidegedachten en -gedrag in de hand zou kunnen werken. De angst hiervoor is ongegrond. Het is zelfs zo dat het vragen naar dergelijke gedachten de spanningsklachten en suïcidegedachten bij hoogrisicogroepen (jongeren met depressieve symptomen of met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag) doet afnemen (Gould, Marrocco et al., 2005).



## 4.4 Suïcidepreventie in residentiële instellingen

Een residentiële jeugdhulpinstelling zou een aantal maatregelen moeten treffen ter preventie van suïcide onder zijn bewoners. Een helder overzicht van preventieve maatregelen binnen de ggz is gegeven door Kerkhof en collega's (Kerkhof, Huisman & Van Houwelingen, 2010) in het overzichtsboek *Suïcidepreventie in de praktijk*. De volgende aanbevelingen zijn van toepassing binnen de residentiële jeugdhulp en jeugdbescherming.

- Opleiding van hulpverleners: zet ervaren professionals met specifieke scholing in als suïcideconsulenten bij wie collega's hun vragen over suïcidaliteit kunnen neerleggen. Geef het hele team regelmatig bijscholing over suïcidaliteit.
- Protocollen: zorg dat richtlijnen en protocollen over suïcide op de werkvloer bekend zijn en actief gebruikt worden.
- Zorg voor een goed registratiesysteem. Breng de suïcides, pogingen hiertoe en gedachten hierover in kaart. Alleen wanneer bekend is hoe een jongere over suïcide denkt, kan suïcide voorkomen worden.
- Wees terughoudend in het gebruik van non-suïcidecontracten. Er zijn aanwijzingen dat deze contraproductief kunnen werken. Ze kunnen bovendien een vals gevoel van veiligheid bieden. Cliënten voelen mogelijk dat ze zo'n contract niet kunnen weigeren, waardoor het niet meer tot een gesprek over hun suïcidaliteit komt.
- Bevorder de continuïteit van zorg. Met name na een klinische opname in de ggz is dit zeer belangrijk. De overgang vanuit de ggz naar ambulante zorg of residentiële jeugdhulp is namelijk een risicovolle periode. Maak heldere afspraken over de verantwoordelijkheden van alle betrokken instellingen, zodat iedereen (ook de cliënt) weet waar hij aan toe is. Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg. Dit heeft de voorkeur boven direct doorverwijzen, in verband met het verbreken van de werkrelatie.
- Probeer te leren van suïcides en pogingen daartoe. Dit kan de preventie van suïcide verbeteren.
- Zorg ervoor dat de fysieke veiligheid van cliënten gewaarborgd is. Suïcideveiligheid zou dezelfde prioriteit als brandveiligheid moeten hebben. Dat betekent dat het ontwerp van een gebouw in orde moet zijn. Het moet bijvoorbeeld onmogelijk zijn om van een hoogte te springen. Daarom moeten balkons en galerijen zijn afgeschermd, hoort een plat dak ontoegankelijk te zijn, en dient laag struikgewas breed langs het gebouw te worden aangebracht om de impact van een val te dempen. Ook de inrichting van het gebouw hoort in orde te zijn. Dat wil zeggen: het moet onmogelijk zijn om ergens een touw aan vast te maken. Gordijnrails en ophanghaken moeten bij een bepaalde belasting afbreken of losschieten. Tot slot is de omgeving van een gebouw van belang. Denk hierbij aan de afstand tot een spoorwegovergang of hoge gebouwen met een toegankelijk plat dak. Studies hebben aangetoond dat zulke maatregelen leiden tot reductie van het aantal suïcides, en dat mensen nauwelijks naar een andere vorm van suïcide grijpen.
- Pas op voor imitatie-effecten. Suïcidaal gedrag is 'besmettelijk'. Bij jongeren die in groepen functioneren (waaronder leefgroepen, school en vriendengroepen) bestaat het gevaar dat suïcidegedrag overgenomen wordt. Geef daarom de jongeren die dicht bij de suïcidale persoon staan of stonden extra aandacht. Vraag wat de gebeurtenissen voor hen betekenen en monitor hun gevoelens over suïcide.
- Stel een samenhangend beleid op waarin alle bovenstaande punten zijn opgenomen.



## 4.5 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 suïcide 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 gemoedstoestand 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 suïcidegedrag 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, bijscholen van professionals, continu monitoren van cliënten op gevoelens van suïcidaliteit, terughoudend zijn met non-suïcidecontracten, 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 5

# Interventies bij stemmingsproblemen



## 5.1 Wat zijn, voor welke leeftijden, (kosten)effectieve (preventieve) interventies die jeugdhulp kunnen bieden?

Een overzicht van *evidence-based* interventies is weergegeven op de *werkkaarten 4 en 5*. Op de werkkaarten zijn alleen de interventies opgenomen waarnaar gedegen onderzoek is gedaan en die een vermindering van symptomen laten zien. Daarnaast zijn er interventies weergegeven die van invloed zijn op de beschermende en risicofactoren die bij stemmingsproblemen een rol spelen.

## 5.2 Welke criteria, indicaties en contra-indicaties bepalen de volgorde waarin interventies bij stemmingsproblemen worden aangeboden?

Specifieke indicaties en contra-indicaties zijn per interventie aangegeven in de onderbouwing die bij deze richtlijn hoort (Meeuwissen, Speetjens et al., 2014). De interventies met de hoogste bewijskracht hebben de voorkeur. Voor een uitgebreide beoordeling van de kwaliteit van (internationaal) onderzoek naar de effectiviteit van interventies verwijzen we naar de onderbouwing (Meeuwissen, Speetjens et al., 2014) en het *Addendum Depressie bij Jeugd* bij de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*.

Welke interventies geschikt zijn voor jeugdigen met stemmingsproblemen is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de leeftijd van de jeugdige. In het algemeen geldt: hoe eerder met de behandeling wordt gestart, hoe beter. Het is belangrijk de jeugdige en ouders waar mogelijk een keuze te geven, bijvoorbeeld online behandeling of niet.

## 5.3 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 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.
- 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 6

# Samenwerking en afstemming



## 6.1 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen?

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn was de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten nog in volle gang. Hoe de verdeling van taken binnen de jeugdhulp eruit ziet, is nog niet volledig 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*

### 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

## 6.2 Hoe kunnen jeugdprofessionals werken ter ondersteuning van ingezette interventies (ook vanuit de gespecialiseerde hulp) 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. Een jeugdige kan namelijk zowel behandeld worden binnen andere vormen van jeugd-ggz of jgz, als ook zorg ontvangen vanuit de jeugdhulp. Daarnaast worden jeugdigen wiens behandeling binnen de jeugd-ggz is afgerond vaak begeleid binnen de (residentiële) jeugdhulp. Dat deze hulpverleners hun activiteiten op elkaar afstemmen en met elkaar samenwerken is essentieel om de symptomen van de jeugdige en de daaraan verwante psychosociale gevolgen te verminderen. Jeugdprofessionals kunnen ook bijdragen aan interventies die binnen de jeugd-ggz of jgz al aangeboden worden.

Daarnaast 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. De checklists voor jeugdprofessionals die hieronder volgen, zijn gebaseerd op een inventarisatie onder de werkgroepleden. Bij deze



inventarisatie is gevraagd naar aandachtspunten in de samenwerking en afstemming met andere hulpverleners, en naar aandachtspunten in de context van gezin, school en vrije tijd. 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, dient de jeugd-ggz samen te werken met andere vormen van jeugdhulp. 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 (ambulante) 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 hulp.
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 jeugdprofessional. 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, rekening houdend met de leeftijd van de jeugdige. *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.





### 6.3 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 hulp 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

1. Maak een signaleringsplan voor deze groepen jongeren.
2. Zoek een gespecialiseerde instelling die deze groepen jongeren wel kan bedienen.
3. Besteed bij comorbiditeit extra aandacht aan de samenwerking tussen de verschillende hulpverleningsinstanties.
4. Stel een terugvalpreventieplan op, bijvoorbeeld *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 (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: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

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

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.

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.

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.

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.



- 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).
- 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.
- 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.
- 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., & Ruiters, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.



- 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.
- 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.
- 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: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van 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.

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.

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 voor 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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *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.

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., 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**

# **Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep**





### **Werkgroep**

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 jeugdzorg

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

### **Klankbordgroep**

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







