



Richtlijn

Stemmingsproblemen

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.

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

4e volledig herziene druk (2021), op basis van de 3e druk (2017)

Auteurs

Jolanda Meeuwissen
Nina de Ruiter
Yvonne Stikkelbroek
Carolien Konijn
Marjolijn Besselse
Liesbeth Liesveld Rigtering
Iris van Wylick
Paula Speetjens
Daniëlle Meije
Matthijs Oud

Kernaanbevelingen

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 aan de hand van een gevalideerd screeningsinstrument met goede psychometrische eigenschappen.
4. Bevraag jeugdigen zelf bij het screenen op stemmingsproblemen. Bevraag ook hun ouders.
5. Gebruik een gevalideerde vragenlijst met goede psychometrische eigenschappen om de problematiek in kaart te brengen, zoals bijvoorbeeld: 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. Leg bij stemmingsproblemen de aanbevolen hulpmogelijkheden voor. Ga uit van passende en bij voorkeur erkende interventies. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en ga na welke voorkeuren ouders en jeugdigen hebben. Leg uit dat de hulp zo snel mogelijk moet worden ingezet – hoe eerder, hoe beter. Betrek, indien mogelijk, ook de ouders bij de interventie.



11. Betrek de omgeving van de jeugdige waar mogelijk bij de hulp 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 sleutel informatie en door afspraken over terugvalpreventie.



Inhoudsopgave

Kernaanbevelingen	3
Hoofdstuk 1. Inleiding	7
1.1 Doelgroep.....	8
1.2 Definitie stemmingsproblemen en depressieve stoornissen	8
1.3 Bijstelling en herziening van de oorspronkelijke richtlijn	9
1.4 Leeswijzer	9
Hoofdstuk 2. Risicofactoren en in stand houdende factoren	11
2.1 Welke risicofactoren, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen zijn er?.....	12
2.1.1 Gamen en stemming	14
2.1.2 Sociale media en stemming	15
2.2 Welke (groepen) jeugdigen hebben een verhoogd risico op stemmingsproblemen? ...	16
2.3 Aanbevelingen.....	17
Hoofdstuk 3. Signaleren en vaststellen van stemmingsproblemen	19
3.1 Wat zijn signalen van stemmingsproblemen?.....	20
3.2 Waaruit moet onderzoek minimaal bestaan voordat hulpverleners de aard en ernst van stemmingsproblemen kunnen vaststellen?.....	20
3.2.1 Screening	20
3.2.2 Vaststellen van de aard van de problematiek.....	21
3.2.3 Signaleren van borderline problemen	22
3.2.4 Signaleren van bipolaire problemen	23
3.2.5 Vaststellen van de ernst van de problematiek.....	23
3.3 Wat te doen bij (sterke) vermoedens van ernstige depressieve klachten?.....	25
3.4 Aanbevelingen.....	25
Hoofdstuk 4. Suicide	27
4.1 Wat zijn signalen van suïcidaliteit?.....	28
4.2 Risicofactoren.....	29
4.3 Beschermende factoren	34
4.4 Wanneer is direct ingrijpen vereist?.....	34
4.5 Suïcidepreventie binnen de jeugdhulp.....	35
4.6 Aanbevelingen.....	37
Hoofdstuk 5. Interventies bij stemmingsproblemen	39
5.1 Wat zijn, voor welke leeftijden, (kosten)effectieve (preventieve) interventies die jeugdhulp en jeugdbescherming kunnen bieden?	40
5.2 Welke criteria, indicaties en contra-indicaties bepalen de volgorde waarin interventies bij stemmingsproblemen worden aangeboden?	46
5.3 Aanbevelingen	47



Hoofdstuk 6. Samenwerking en afstemming	49
6.1 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen?	50
6.2 Hoe kunnen jeugdprofessionals samenwerken met hulpverleners die (gespecialiseerde) hulp bieden in de context van gezin, school en vrije tijd?	50
6.3 Wat kunnen hulpverleners doen als interventies gecontra-indiceerd zijn en het aanbod van de jeugd-ggz ontoereikend is?	55
6.4 Aanbevelingen.....	56
Literatuur.....	57
Bijlage Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep.....	67
Herzieningswerkgroep.....	68
Meelezers hoofdstuk suïcidaliteit.....	68
Ontwikkelwerkgroep	68
Klankbordgroep bij ontwikkeling.....	69



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 gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) en hbo-opgeleide professionals verstaan. De richtlijn kan gebruikt worden bij jeugdigen¹ en ouders² die voor het eerst in contact komen met hulpverlening of die een aanvraag doen voor jeugdhulp bij de gemeente, maar ook bij jeugdigen en ouders die al vaker in contact met de hulpverlening zijn geweest of (ook elders) in behandeling zijn (geweest). Van deze richtlijn is een aparte versie voor ouders gemaakt.

1.2 Definitie stemmingsproblemen en depressieve stoornissen

De *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is gericht op jeugdigen 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 et al., 2009; zie ook <https://www.nji.nl/nl/Databank/Classificatie-Jeugdproblemen>). Stemmingsproblemen zijn in deze richtlijn ook gedefinieerd als depressieve stoornissen volgens de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013). Onder de stemmingsproblemen vallen verdriet, somberheid, affectlabiliteit en verliesverwerking. Depressieve stoornissen zijn beperkt tot een 'depressieve stoornis, eenmalige episode' of een 'depressieve stoornis, recidiverend', tenzij anders aangegeven. Wanneer we in deze richtlijn spreken van 'depressie' wordt zo'n depressieve stoornis bedoeld. Bipolaire stoornissen worden in deze richtlijn niet uitgebreid besproken. Wel is tijdige herkenning en doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp relevant, en daarom worden de risicofactoren en signalen van deze stoornis beschreven. Dysthyme stoornis (een persisterende depressieve stoornis; American Psychiatric Association, 2013) wordt in deze richtlijn niet specifiek besproken.

Stemmingsproblemen en depressieve stoornissen zijn sterk gerelateerd. Stemmingsproblemen of subklinische depressie (volgens de CAP-J) kunnen overgaan in depressieve stoornissen (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 depressieve stoornis zal optreden. Kinderen en jongeren met een subklinische depressie (of stemmingsproblemen volgens de CAP-J) hebben,

1 Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot drieëntwintig 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.



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 Bijstelling en herziening van de oorspronkelijke richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nadat de richtlijn in 2014 is uitgebracht, werd informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten waren aanleiding om de richtlijn op enkele punten aan te vullen en te actualiseren. Hierbij is ook feedback vanuit de cliëntentafel verzameld en verwerkt.

1.4 Leeswijzer

De *Richtlijn Stemmingsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor alle jeugdprofessionals die met het onderwerp van de richtlijn te maken hebben.

De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'.

Deze onderbouwing is apart te raadplegen (Meeuwissen et al., 2014). Bij de herziening van de richtlijn in 2021 is, als aanvulling op de onderbouwing, een verantwoordingsdocument geschreven. Zie voor een volledig overzicht van de herzieningspunten het verantwoordingsdocument op de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Voor ouders of andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar. Naast deze richtlijn zijn ook werkkaarten verschenen. 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. Met 'depressie' bedoelen we in deze richtlijn een stemmingsstoornis of een depressieve episode volgens de DSM-5.

Deze richtlijn voor de jeugdhulp en jeugdbescherming is te zien als de eerste fase in de hulp bij stemmingsproblemen van jeugdigen 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 et al., 2013). Voor het jeugddomein zijn ook beschikbaar: de Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2018) en de JGZ-richtlijn Depressie (2016). Aandachtspunten en aanbevelingen in deze kwaliteitsstandaarden die van belang zijn voor jeugdprofessionals zijn opgenomen in deze *Richtlijn Stemmingsproblemen 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- & jeugdpsycholoog (volgens het NIP-register).

In hoofdstuk 2 worden de risico-, in stand houdende en beschermende factoren met betrekking tot stemmingsproblemen uiteengezet. Kennis hiervan is van groot belang om stemmingsproblemen tijdig te signaleren en te diagnosticeren en om hulp te bieden. In hoofdstuk 3 wordt een aantal bruikbare instrumenten besproken waarmee de aard en ernst van stemmingsproblemen kan worden vastgesteld. Diagnostiek, beoordeling en screening dienen uitgevoerd te worden door daartoe bevoegde en gekwalificeerde gedragsdeskundigen en/of psychiaters. Hoofdstuk 4 gaat specifiek in op suïcidaliteit, aangezien stemmingsproblemen hiervoor een grote risicofactor vormen. In hoofdstuk 5 wordt de hulp beschreven die geboden kan worden bij stemmingsproblemen of het voorkómen ervan. 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.

Basisteksten

Voor deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming gelden. Deze zijn te vinden op www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep van de richtlijnen;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid interventies;
- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een algemene verantwoording van de werkwijze bij de ontwikkeling en herziening van de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming te vinden.



Hoofdstuk 2

Risicofactoren en in stand houdende factoren



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

In de literatuur is een groot aantal risicofactoren, 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). Risicofactoren 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 de interactie tussen erfelijke en omgevingsfactoren (zoals psychosociale omstandigheden of levensgebeurtenissen) het risico op het ontwikkelen van een stemmingsstoornis vergroot, maar dat dit interactie-effect door beschermende factoren kan worden afgezwakt. In tabel 1 worden voorbeelden van risicofactoren, in stand houdende factoren en beschermende factoren genoemd. De genoemde risicofactoren geven aanleiding alert te zijn, maar ze geven niet altijd een directe oorzakelijkheid weer – ze kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn. Er is nooit slechts één oorzaak, maar er is sprake van een wisselwerking tussen allerlei risicofactoren.

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 (Conijn & Ruiters, 2011; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Van Rooijen & Ince, 2012). 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 risicofactoren, 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 risicofactoren, 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 risicofactoren en in stand houdende factoren te beperken en de invloed van beschermende factoren te versterken. Hiermee wordt beoogd stemmingsproblemen te voorkomen, dan wel verergering van stemmingsproblemen tegen te gaan.

De volgende richtlijnen kunnen worden geraadpleegd:

- *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen/verslavingsproblemen (KOPP/KOV) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* als de jeugdige ouders met psychische problemen heeft of kind van verslaafde ouders is.



- *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid.
- *Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen.
- *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.
- *Richtlijn Kinder mishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling.
- *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* als er meerdere problemen in een gezin aanwezig zijn.
- *Richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (in ontwikkeling) bij het signaleren van traumagerelateerde problemen.

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

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

Sociale omgeving en school

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

2.1.1 Gamen en stemming

Gamen kan zowel positieve als negatieve invloed op de stemming hebben. Voor de meeste gamers is gamen een leuke hobby. Een beperkt aantal uren gamen per dag kan zelfs gezondheidsvoordelen hebben (Granic et al., 2014; Przybylski & Weinstein, 2017). Gamen kan bijvoorbeeld zorgen voor ontspanning, meer zelfvertrouwen en positieve emoties, ontwikkeling in emotieregulatie en meer sociaal contact met anderen.

Voor een kleine groep jongeren (2 tot 4% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs, of 4 tot 7% van de jongens) levert het gamen naast voordelen ook problemen op (Rombouts et al., 2020; Stevens et al., 2018). Zo komt in onderzoek naar voren dat jongeren die problematisch gamen vaker negatieve emoties en psychosociale problemen hebben. Ze hebben vaker last van frustratie, stress en depressieve gevoelens en zijn minder tevreden over het leven (Gentile et al., 2011; Przybylski & Weinstein, 2017). Daarnaast is er in onderzoek ook een link gevonden tussen problematisch gamen en gevoelens van eenzaamheid, een negatief zelfbeeld en sociale angst (Kowert et al., 2014; Van Rooij et al., 2016).

Op basis van het aantal uren gamen alléén is niet te bepalen of een jeugdige problematisch gamet. Toch lijkt er een relatie te zijn tussen het aantal uren gamen en lichamelijke en mentale gezondheid. Gamen heeft voor veel jongeren voordelen bij een beperkt aantal uren gamen per dag. Als jongeren langer dan 3,5 uur per dag gamen, gaan gezondheidsrisico's juist meer een rol spelen (Przybylski & Weinstein, 2017).

De effecten van een game hangen niet alleen af van het soort game en hoeveel iemand gamet, maar ook van de persoon en de context. Sommige jongeren krijgen sneller problemen met gamen dan andere. Jongeren die zich bijvoorbeeld eenzaam, onzeker of somber voelen, kunnen gamen gebruiken om aan die gevoelens te ontsnappen (Bussone et al., 2020; Mihara & Higuchi, 2017; Schneider et al., 2018). Het gamen kan daarnaast een veilige setting bieden om online in contact te komen met mensen van allerlei leeftijden en uit verschillende delen van de wereld. Dat maakt gamen extra aantrekkelijk voor jongeren die eenzaam zijn en weinig zelfvertrouwen of weinig sociale vaardigheden hebben (Mihara & Higuchi, 2017). Daarnaast vergroten problemen op school, gepest worden en problemen in de familie de kans op problematisch gamen (Bussone et al., 2020; Mihara & Higuchi, 2017). Gamen kan een manier zijn om tijdelijk te vluchten in een andere wereld. Het kan dan moeilijk zijn om te stoppen met gamen en weer terug te gaan naar de negatieve gevoelens of problemen in het leven.



Vervolgens kan het gamen gevoelens van somberheid en eenzaamheid juist vergroten, bijvoorbeeld doordat een jeugdige erdoor in problemen komt met familieleden en geen of weinig offline sociale contacten meer heeft. Uit longitudinaal onderzoek komt naar voren dat jongeren die problematisch gameden in de loop van de tijd meer last kregen van depressieve gevoelens, angst en sociale fobie (Kowert et al., 2014). Kortom, negatieve gevoelens en psychosociale problemen zijn waarschijnlijk zowel oorzaak als gevolg van problematisch gamen. Onder sommige omstandigheden kan (overmatig) gamen dus een zowel een signaal van als een risicofactor voor stemmingsproblemen zijn.

Daarnaast lijkt er ook een link te zijn tussen gamen of ander beeldschermgebruik laat in de avond en slaapproblemen, zoals een slechtere kwaliteit slaap en moeite met inslapen en doorslapen (Falbe et al., 2015; Hale & Guan, 2015). Gamen en smartphonegebruik vergroten namelijk de lichamelijke en mentale alertheid. Slecht slapen vergroot de kans op psychische problemen zoals depressie en angst (Walker, 2017).

2.1.2 Sociale media en stemming

Het is belangrijk dat er een goede balans is tussen beeldschermgebruik (zowel sociale media als gamen) en andere activiteiten in het leven, zoals sport, school, slaap en offline sociale contacten (van Rooij & Kleinjan, 2020). In onderzoek wordt overmatig gebruik van sociale media gelinkt aan een minder gevoel van welzijn, geringere tevredenheid over het leven (Twenge et al., 2018) en symptomen van depressie of angst. Bij jongeren die meerdere sociale media-platforms tegelijkertijd gebruiken, lijkt het risico op stemmingsklachten groter dan bij jongeren die één of twee sociale mediaplatforms gebruiken (Primack et al., 2017). Van de 12- t/m 16-jarige leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft zo'n 3% problemen met sociale media, meisjes (4,2%) vaker dan jongens (2,4%) (Rombouts et al., 2020).

Gebruik van sociale media kan, net als gamen, zowel een positieve als negatieve invloed hebben op de stemming en het gevoel van welzijn (Verduyn et al., 2017; Buijzen & Rozendaal, 2019). Aan de ene kant kan actief gebruik van sociale media leiden tot een gevoel van meer connectie en contact hebben met anderen. Aan de andere kant kan excessief gebruik van sociale media leiden tot sociale vergelijkingen, een negatiever zelfbeeld en negatieve gevoelens. Positief nieuws wordt namelijk vaker gedeeld op sociale media dan negatief nieuws. Zo kan er een onrealistisch positief beeld ontstaan van sociale contacten op sociale media, waar de gebruiker zichzelf vervolgens mee vergelijkt.

Berichtgeving en discussies op sociale media over depressiviteit, zelfbeschadiging en suïcide zetten mogelijk aan tot imitatiegedrag (Dunlop et al., 2011). Algoritmes in sociale media zoals Facebook, Instagram en YouTube zouden dit risico kunnen versterken (Mérelle et al., 2019). Daar is echter nog weinig onderzoek naar gedaan. Algoritmes bepalen de manier waarop sociale media hun content tonen, op basis van waar eerder op geklikt is. Als een jeugdige vaak op depressieve filmpjes, berichten of teksten klikt, komen berichten met soortgelijke content dus eerder naar voren. Dat vergroot de kans dat de ideeën en overtuigingen van de jongere worden bevestigd in plaats van ontkracht (Spohr, 2017). Mérelle et al. (2019) deden onderzoek naar jongeren die een eind aan hun leven hadden gemaakt. Zij vonden in hun onderzoek



dat op het sociale media-account van een aantal meisjes depressieve quotes en foto's van zelfbeschadiging waren gedeeld met vriendengroepen. Een aantal van de meiden die aan suïcide waren overleden, had deelgenomen aan zogenaamde 'pro-anacomunities' en pro-zelfbeschadigingsgroepen op het internet. Ook kwamen in het onderzoek aanwijzingen naar voren voor online *challenges* die een paar jongeren tot zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag hadden aanzet. Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat dit soort challenges veel voorkomt, is het goed om hier alert op te zijn.

Contacten met lotgenoten via sociale media kunnen aan de ene kant een bron van steun vormen, maar kunnen aan de andere kant risicovol zijn als jongeren foto's van zelfbeschadiging en suïcidale uitingen delen. Het is dus aan te raden om te vragen welke websites, online communities en fora de jongere bezoekt, om vervolgens samen eventuele risico's te bespreken.

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 (Conijn & Ruiters, 2011; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Van Rooijen & Ince, 2012). Risicofactoren geven niet altijd een directe oorzaakelijkheid weer. Wel geven ze aanleiding alert te zijn. Ze factoren kunnen soms zowel oorzaak als gevolg zijn. Er is nooit slechts één oorzaak, maar er is sprake van een complexe wisselwerking tussen allerlei factoren.

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 et al., 1998);
- kinderen van depressieve ouders en over het algemeen KOPP/KOV-kinderen (Horowitz & Garber, 2006);
- meisjes met een verhoogde BMI die ouders hebben die emotioneel afwijzend gedrag laten zien (Monshouwer et al., 2012);
- 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 voor hulp (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.
- Verken hierbij ook gedrag, gedachten en gevoel van de jeugdige ten aanzien van sociale media en online gamen.
- 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/ verslavingsproblemen (KOPP/KOV) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* als de jeugdige ouders met psychische problemen heeft of kind van verslaafde ouders is.
- Raadpleeg de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling.
- Raadpleeg de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid.
- Raadpleeg de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen.
- Raadpleeg de *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.
- Raadpleeg de *Richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (in ontwikkeling) bij het signaleren van traumagerelateerde problemen.

Bij jeugdigen met (een verhoogd risico op) stemmingsproblemen

- Wees extra alert op stemmingsproblemen. Ga hiervoor naar hoofdstuk 3.
- Wees extra alert op suicidaliteit. 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 (maar lang niet altijd) over als jongeren ouder worden (Van 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 gedragsproblemen (Postma & Schulte, 2008). Ook kunnen de problemen gemaskeerd worden door bijvoorbeeld gedragsproblemen of bijkomende problematiek. Het uiten, interpreteren en bespreken van symptomen van een depressie kent cultuurverschillen, waarmee hulpverleners rekening moeten houden (Intercultureel Addendum Depressie, 2012). Zo kunnen er verschillende woorden worden gebruikt om gevoel uit te drukken (zoals 'uit evenwicht zijn'), of kunnen lichamelijke klachten meer of minder op de voorgrond staan bij het beschrijven van de klachten.

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 het gebruik van een screeningsinstrument gewenst, naast de klinische blik. Het beoordelen van stemmingsproblemen dient door gekwalificeerde gedragsdeskundigen en psychiaters worden gedaan.

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, zet dan een screeningsinstrument in, in elk geval bij de jeugdige zelf; alleen de ouder(s) bevragen volstaat niet. 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 (Addendum Depressie bij Jeugd; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Voor de screening wordt aanbevolen om gebruik te maken van gevalideerde instrumenten met goede psychometrische eigenschappen, zoals bij voorbeeld de Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF) en Youth Self Report (YRS) (Achenbach, 1991; Achenbach & Ruffle, 2000) of de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997; 1999; Van Widenfelt et al., 2003). Een geschikt depressie-specifieke screeningsinstrument is ook de Child Depression Inventory-2 (CDI-2) (Bodden et al., 2016).

De uitkomsten van depressie- en stemmingspecifieke screeningsinstrumenten bieden inzicht in de emotionele en gedragsproblemen van de jeugdige. Welke instrumenten over deze eigenschappen beschikken is na te gaan in de COTAN. Zie voor een overzicht ook de databank Instrumenten van het Nji. 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 de Child Depression Inventory (CDI-2) geven deze mogelijkheid. Items over zelfdestructief gedrag moeten altijd óók worden besproken met de jongere. Een vragenlijst kan door de jongere worden aangegrepen om een lastig onderwerp als suïcidedachten te uiten. Het is daarom aan gekwalificeerde gedragsdeskundigen om te screenen op stemmingsproblemen en de uitkomsten ervan te beoordelen.

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 gedragsdeskundige of psychiater.

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 bevroegd. Vervolgens is het raadzaam om beide resultaten te combineren (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Als alleen ouders worden bevroegd, is de kans groot dat een stemmingsprobleem wordt gemist. Wordt alleen de jeugdige bevroegd, 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 de ernst van de symptomen bij gecompliceerde rouw anders moet worden ingeschat en om andere interventies 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 et al., 2011).

3.2.3 Signaleren van borderline problemen

Stemmingsproblemen kunnen samengaan met het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblemen, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis. De persoonlijkheidsproblemen kunnen dan invloed hebben op het beloop van de stemmingsproblemen (Hutsebaut et al., 2019).

Het onderscheid tussen een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een depressie is bij jeugdigen soms moeilijk te maken. Een diagnose is niet zonder grondig diagnostisch onderzoek te stellen. Er zijn verschillende professionals die borderline problemen kunnen signaleren: de huisarts, de POH-GGZ, een jeugdprofessional in het sociale wijkteam en een jeugdprofessional in de jeugdzorg en jeugdbescherming. Bij een vermoeden van borderline problemen dienen screening en doorverwijzing direct plaats te vinden. Kinderen en jongeren die mogelijk een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben, moeten worden doorverwezen naar de jeugd-GGZ. Er zijn verschillende behandelmogelijkheden in de jeugd-ggz die enerzijds aansluiten op de mate waarin de borderline problemen zich ontwikkeld hebben tot een persoonlijkheidsstoornis, en anderzijds op de ernst van de problemen (Hutsebaut et al., 2019).

- Borderline problemen kunnen zich op verschillende manieren uiten bij jeugdigen: emoties niet kunnen reguleren;
- extreme verlatingsangst;
- impulsiviteit, ondoordacht schadelijk of zelfbeschadigend gedrag, suicidaliteit, risicovol seksueel contact en agressief of grensoverschrijdend gedrag;
- sociale isolatie en schoolverzuim;
- plotselinge stemmingswisselingen of een gevoel van leegte, een gevoel van minderwaardigheid;
- zwart-wit denken;
- moeilijk positieve relaties aangaan of behouden;
- stemmingsproblemen, angstproblemen, eetstoornissen en/of middelenmisbruik of -afhankelijkheid.

Het is belangrijk dat de jeugdprofessional deze uitingen kan herkennen.



Vaak spelen langdurige vroegkinderlijke negatieve ervaringen een rol en is er sprake van een verstoorde gehechtheid. Het behandelen van borderline problemen (in de jeugd-ggz) kan stemmingsproblemen doen afnemen, maar andersom is dat niet het geval (Hutsebaut et al., 2019). Het is belangrijk om het gezin bij de behandeling te betrekken, en eventueel ook school.

3.2.4 Signaleren van bipolaire problemen

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 bipolaire problemen of bipolaire problematiek in wording. Kinderen en jongeren die mogelijk een bipolaire stoornis hebben, moeten worden doorverwezen naar de gespecialiseerde zorg (jeugd-ggz).

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 et al., 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 et al., 2007);
- chronisch manisch gedrag (McClellan et al., 2007).

Symptomen van bipolaire problemen verschillen tussen jeugdigen en volwassenen.

3.2.5 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 gebruikt door een daartoe gekwalificeerde gedragsdeskundige.

Indien er sprake is van een stemmingsprobleem is het belangrijk de ernst ervan te onderscheiden. Beoordeel daarnaast ook de aard van de symptomen, het beloop, de hoeveelheid symptomen en eventuele comorbiditeit.

Stemmingsproblemen kunnen ernstiger worden en overgaan in een stemmingsstoornis naarmate de problematiek met meer en ernstiger symptomen gepaard gaat, langer duurt, depressieve episodenvaker recidiveren, het algemeen functioneren ernstiger aantast (op meerdere domeinen, zoals school, thuis, in hobby's), en naarmate de jeugdige tussen de episodenvoor 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 (Konijn et al., 2009; Van Yperen et al., 2002;).



1. 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 twee 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 bij het bieden van hulp.

 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.

Voor de inschatting van de ernst van een stemmingsstoornis kan ook het *Addendum Depressie bij Jeugd* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) worden geraadpleegd.



3.3 Wat te doen bij (sterke) vermoedens van ernstige depressieve klachten?

Bij ernstige stemmingsproblemen of bij een vermoeden van een stemmingsstoornis is het wenselijk om in ieder geval de huisarts of gespecialiseerde zorg te raadplegen, in verband met een eventuele verwijzing dan wel samenwerking. Bespreking dient plaats te vinden in een multidisciplinair team waar een gekwalificeerde gedragsdeskundige en/of kinder- en jeugdpsychiater deel van uitmaakt. Voor de diagnose is een BIG-geregistreerde professional nodig. Voor medicatie bij jeugdigen jonger dan achttien jaar is een kinder- en jeugdpsychiater nodig. Overleg bij jonge kinderen ook met een kinderarts, zodat somatische aspecten niet worden gemist.

Zodra er signalen zijn die wijzen op borderline problematiek of 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 de jeugdprofessional met de huisarts kan 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 en jeugdbescherming, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart dient namen en telefoonnummers te bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

Als er naast stemmingsproblemen ook sprake is van (een vermoeden van) een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een angststoornis, ADHD, ASS of persoonlijkheidsproblematiek), dient de jeugdprofessional specialistische hulp in te schakelen. Ook doet de jeugdprofessional er goed aan de jeugd-ggz in te schakelen wanneer hij inschat dat de hulp binnen de jeugdhulp of jeugdbescherming te weinig resultaat oplevert. Bij twijfel wordt aanbevolen om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg in te winnen.

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 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 gevalideerde vragenlijsten met goede psychometrisch eigenschappen (raadpleeg hiervoor de COTAN), zoals de CBCL (anderhalf tot achttien jaar) of de SDQ (drie tot zestien jaar). Bij elf- tot achttienjarigen kan als zelfrapportage lijst bovendien de YSR worden gebruikt.

- Bevraag jeugdigen zelf (ook jonge kinderen) bij het screenen op stemmingsproblemen. Bevraag ook hun ouders. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld 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-2 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 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 zoals 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, GZ-psycholoog of kinder- en jeugdpsychiater erbij zodra je signalen krijgt dat er mogelijk sprake is van borderline en bipolaire problematiek (de jeugdige heeft bijvoorbeeld hypomane fasen).
- Schakel bij comorbiditeit direct de huisarts of de jeugd-ggz in.
- Schakel de huisarts of multidisciplinaire hulp (incl. medische expertise) in wanneer je inschat dat de hulp binnen jeugdhulp of jeugdbescherming 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 en jeugdbescherming, de (huis) artsenzorg et cetera. Deze kaart moet namen en telefoonnummers bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

Hoofdstuk 4

Suicide



Elke dag maken zo'n vijf mensen in Nederland een eind aan hun leven. Suïcide komt vaker voor onder volwassenen dan onder jeugdigen. Toch is suïcide een van de hoofdoorzaken van overlijden bij jongeren en adolescenten wereldwijd (Bilsen, 2018; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Er is een stijging te zien in het aantal suïcides onder kinderen en jongeren. In 2009 ging het om 108 jeugdigen van 10 tot 25 jaar en in 2019 om 159 jeugdigen (CBS, 2020). Onder 'suïcidaliteit' wordt 'de suïcidale toestand' verstaan. Deze toestand omvat suïcidegedachten, suïcidegevoelens 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 et al., 2012). Het gaat er de jeugdige meestal niet om een doodswens te vervullen, maar om van de problemen af te zijn. Meestal voelen deze jongeren zich erg alleen. Er is een kloof ontstaan tussen de jeugdige en zijn omgeving (Mérelle et al., 2019). Dood zijn is dan niet het doel, maar wordt gezien als enige uitweg voor eenzaamheid en depressieve of machteloze gevoelens. De gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid zijn zo groot dat het idee om zo verder te moeten leven ondraaglijk is.

4.1 Wat zijn signalen van suïcidaliteit?

Gedachten aan suïcide worden volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert 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 et al., 2008). Wanneer de jeugdige een eerdere poging tot suïcide heeft gedaan, is de kans op herhaling groot. Ongeveer een kwart tot een derde van alle mensen die zijn overleden door suïcide had daarvoor al een suïcidepoging gedaan (Bilsen, 2018). Bostwick et al. (2016) vonden zelfs in hun onderzoek dat ongeveer 80% van de mensen die een suïcidepoging had overleefd, binnen een jaar alsnog overleed door suïcide. Het is dus extra van belang om alert te zijn op gedachten en plannen over zelfdoding (Brown et al., 2000; Harris & Barraclough, 1997; Kessler et al., 1999).

Zelfbeschadigend gedrag kan een signaal van een suïcidewens zijn (Owens et al., 2002), net als risicovol gedrag waarbij iemand de kans loopt te overlijden. Maar let op: zelfbeschadiging komt niet altijd voort uit een suïcidewens. Zelfbeschadiging kan ook een manier zijn om woede, verdriet of eenzaamheid te hanteren en te verdoven (Birmaher & Brent, 2007). Daarnaast kan het voortkomen uit de wens om gezien te worden en aandacht te krijgen. Het komt ook voor als symptoom van psychische problematiek, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis (Kleindienst et al., 2008). Voor lotgenotencontact en steun kunnen jeugdigen en naasten terecht bij de Stichting Zelfbeschadiging (<https://www.zelfbeschadiging.nl/>).

Veranderingen in gedrag en stemmingswisselingen kunnen ook veelzeggende signalen zijn. Denk bijvoorbeeld aan somberheid, prikkelbaarheid, agressie, roekeloos gedrag, maar ook terugtrekken, afwezigheid en onbereikbaar zijn. Daarnaast zijn voorbeelden van signalen: verslechterde prestaties op school of werk, slapeloosheid of juist veel meer slapen, en toename in het gebruik van alcohol of drugs (Rudd et al., 2006).



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. Bijvoorbeeld de CDI, YSR/ CBCL en S-PSY geven deze mogelijkheid. De betrouwbaarheid en validiteit van deze instrumenten zijn te vinden in de COTAN. Antwoordt de jeugdige bevestigend op zo'n item? Raadpleeg dan de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012). Daarnaast is de VOZZ (Vragen over Zelfdoding en Zelfbeschadiging) een signaleringsinstrument dat als handvat in een gesprek kan worden gebruikt. Er is ook een kortere screeningsvariant beschikbaar (VOZZ-SCREEN). De instrumenten kunnen een hulpmiddel of extraatje zijn bij het contact met de jongere. Ze kunnen nooit het gesprek met de jeugdige vervangen.

4.2 Risicofactoren

In een onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie naar jongeren die aan suicide zijn overleden, komt naar voren dat deze jongeren erg worstelden met zichzelf en met grote levensvragen tijdens de adolescentie (Mérelle et al., 2019). Een opeenstapeling van psychische problemen en stressvolle factoren in de omgeving kan voor een neerwaartse spiraal zorgen. De jongeren werden bijvoorbeeld gepest en hadden bovendien te maken met een gespannen thuissituatie. Ze maakten ingrijpende gebeurtenissen mee en konden daar moeilijk mee omgaan.

Suïcidaliteit is complex en heeft nooit slechts één oorzaak. De kans op suicide wordt beïnvloed door een samenspel van risicofactoren en beschermende factoren. Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan en het in stand houden van suïcidale gevoelens, gedachten en suïcidaal gedrag. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op suicide. Beschermende factoren werken als buffer daartegen. Ze verkleinen de kans op het ontstaan van problemen.

Zoals eerder is uitgelegd, is bij een suïcidepoging de kans op herhaling groot. De belangrijkste risicofactor voor suicide is dus een suïcidepoging in het verleden (Bostwick et al., 2016). Mensen met psychische problemen maken eerder een einde aan hun leven dan mensen zonder psychische problemen. De aanwezigheid van (meerdere) psychische stoornissen, vooral depressie, vormt dus ook een grote risicofactor (Cavanagh et al., 2003). Mensen met een depressie hebben vaak suïcidale gedachten. Toch maken de meeste mensen met een depressie geen einde aan hun leven. De kans dat ze dat doen is echter wel groter dan bij mensen zonder een depressie (American Psychiatric Association, 2003; Birmaher & Brent, 2007). Zo vonden Marttunen & Pelkonen (2000) in hun review dat ongeveer 50-75% van de kinderen en adolescenten die een eind aan hun leven hadden gemaakt, een stemmingsstoornis had gehad.

Stressoren, hopeloosheid, impulsiviteit en sociaal isolement spelen een belangrijke rol bij suicide. De Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012) plaatst deze risicofactoren in een model van stress, kwetsbaarheid en entrapment ('klemzitten'). Het stresskwetsbaarheidsmodel 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.

Suïcidaal gedrag ontstaat dus door een wisselwerking tussen individuele kenmerken (kwetsbaarheid) en omgevingsfactoren (stressoren). Het entrapment-model legt uit hoe 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 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 uitweg 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.

Persoonskenmerken

- Leeftijd is een belangrijke factor. Suïcide komt minder vaak voor bij jongeren dan bij volwassenen, maar jongeren doen in verhouding wel meer pogingen. Dat geldt vooral voor adolescenten (Bilsen, 2018). De adolescentie is een periode waarin er veel ontwikkeling en verandering optreedt. Het is een kwetsbare periode voor het ontstaan van psychische problemen. Onder de vijftien jaar is suïcide zeer zeldzaam, maar het komt wel voor.
- Jongeren die lesbisch, homo, bi en/of transgender zijn, krijgen vaker te maken met negatieve reacties, pesten en geweld. De kans op suïcidegedachten en een suïcidepoging is bij deze jongeren groter dan bij heteroseksuele jongeren (Van Bergen et al., 2013; King & Merchant, 2008; Lewis, 2009). Zie voor meer informatie de Factsheet Suïcidaliteit onder LHBT'ers van 113 Zelfmoordpreventie, Movisie en Rijksuniversiteit Groningen (Gilissen et al., 2018).
- Ook geslacht is van belang. Het aantal suïcidepogingen met dodelijke afloop ligt bij jongens hoger dan bij meisjes (Bilsen, 2018; Van Hemert & De Kruif, 2009). In 2019 zijn ongeveer twee keer zo veel mannen als vrouwen overleden aan suïcide in Nederland (CBS, 2020). Daar staat tegenover dat het aantal pogingen bij meisjes vele malen hoger ligt, met name bij meisjes van 15 tot 29 jaar (Burger et al., 2005; Stam & Blatter, 2019)
- Daarnaast speelt culturele achtergrond een rol. Sommige meiden met een restrictieve culturele achtergrond vinden geen aansluiting in de vrije Nederlandse samenleving. Zij doen vaker suïcidepogingen dan autochtone jongeren (Van Bergen et al., 2012). Jongeren van Nederlandse herkomst plegen echter vaker suïcide (Berkelmans et al., 2020).

Psychologische factoren

- Gevoelens van eenzaamheid en isolatie vergroten de kans op suïcide (Stravynski & Boyer, 2001).
- Jongeren die suïcidaal zijn, hebben ook vaak een laag zelfbeeld. Ze voelen zich wanhopig en zijn vaak introvert (Beautrais et al., 1996). Hun sociaal-emotionele vaardigheden schieten veelal tekort. Daardoor vinden ze het bijvoorbeeld lastig om hun emoties te reguleren na een stressvolle gebeurtenis (Extremera & Rey, 2016). Ook een gebrek aan toekomstperspectief en



- gevoelens van hulpeloosheid vormen een risico (Pfeffer, 2001).
- Daarnaast kan negatief en dwangmatig denken in combinatie met impulsiviteit, roekeloosheid en agressie een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag (Beck et al., 1990; Brezo et al., 2006; Conner et al., 2001; Mann et al., 1999; Maser et al., 2002; Morrison & O'Connor, 2008).
 - Een perfectionistische instelling, oftewel zelfkritisch en bezorgd zijn om de verwachtingen die anderen hebben, kan ook de kans op suicide vergroten (O'Connor, 2007).
 - Ook een gebrekkig probleemoplossend vermogen en gebrekkige copingstrategieën vergroten de kans op suïcidaal gedrag (Bilsen et al., 2018; Elliot & Frude, 2001; Piquet & Wagner, 2003; Speckens & Hawton, 2005).
 - Verder vormen slaapproblemen een belangrijke risicofactor (Bernert et al., 2015). Uit onderzoek onder jongeren blijkt er een verband te zijn tussen slecht slapen, zelfmoordgedachten en suicide. Mensen die slecht slapen hebben daarnaast meer kans op psychische problemen zoals depressie, angst, psychose en verslaving (Walker, 2017). Ook worden mensen die slecht slapen impulsiever en wordt hun probleemoplossend vermogen kleiner.
 - Chronische pijn verhoogt eveneens het risico op suicide (Racine, 2018). Dit heeft waarschijnlijk te maken met een gevoel van hopeloosheid en uitzichtloosheid dat door de langdurige pijn wordt veroorzaakt.
 - Daarnaast vergroot een onveilige gehechtheid de kans op interpersoonlijke problemen. Daardoor wordt het risico op suïcidaal gedrag groter (Stepp et al., 2008).
 - Misbruik van of verslaving aan alcohol en drugs is ook een risicofactor (Darvishi et al., 2015; Park & Song, 2016). Intensief gebruik van alcohol en drugs kan gevoelens van angst en depressie versterken op de lange termijn. Daarnaast vermindert het de zelfcontrole (Stephan et al., 2017). De acute effecten van alcohol kunnen dus de drempel verlagen om een suïcidepoging te ondernemen, omdat het de impulsiviteit versterkt en angstgevoelens vermindert (Dalenberg, 2017).

Psychische aandoeningen

- Uit buitenlands onderzoek komt naar voren dat ongeveer 90% van de jongeren die een eind aan hun leven hebben gemaakt een of meerdere psychische stoornissen heeft gehad. (Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais et al., 1996; Ivarson et al., 1998; Lesage et al., 1994; Pompili et al., 2004). Suïcidaal gedrag komt vooral voor bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslavingen en persoonlijkheidsstoornissen (Bilsen, 2018). Mensen die psychotisch zijn (geweest), lopen ook een groter risico. Comorbiditeit speelt dus een versterkende rol.
- De aanwezigheid van depressie en suicide in de familiegeschiedenis is voor zowel jongeren als voor volwassenen een sterke voorspeller van suïcidaal gedrag (Beautrais, 2003; Racine, 2018). Hierbij speelt imitatie van gedrag een rol, maar ook erfelijkheid (Bilsen, 2018).
- Mensen met autisme denken vaker aan suicide dan mensen zonder autisme. Ook hebben zij een grotere kans door zelfmoord te overlijden. Zie voor meer informatie de *Factsheet Suïcidaliteit en Autisme* van 113 Zelfmoordpreventie in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Autisme (Van der Burgt, 2019). Hulpverleners doen er daarom goed aan om medicamenteuze behandeling zorgvuldig te monitoren en het risico op suïcidaliteit expliciet in de gaten te houden (Zorgstandaard Depressieve stoornissen, 2018). Let specifiek op een mogelijke plotselinge toename van suïcidegedachten, suïcidegevoelens en suïcidaal gedrag na het starten met de medicatie.

Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

- Jongeren die een suïcidepoging doen, hebben vaak ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Vaak hebben deze jongeren minder stabiele perioden in het leven gekend dan jongeren die geen suïcidepoging doen, blijkt uit onderzoek (De Wilde et al., 1992). Dezelfde studie vond dat jongeren en adolescenten die een suïcidepoging hadden gedaan het jaar daarvoor een instabiele periode hadden gehad, door bijvoorbeeld een verhuizing of doubleren.
- Een acute stressvolle situatie is in tweederde van de gevallen de aanleiding voor de suïcidepoging (Beautrais, 2003). Ingrijpende gebeurtenissen, zoals seksueel misbruik, echtscheiding, een veranderende leefsituatie en verwaarlozing, kunnen het risico op suïcide vergroten.
- Interpersoonlijke verlieservaringen zijn in onderzoek gevonden bij zo'n 20% van de suïcides. Denk bijvoorbeeld aan het overlijden van familieleden of vrienden, afwijzing door leeftijdsgenoten of een verbroken relatie (Bilsen, 2018; Marttunen et al., 1993).

Gezinsfactoren en sociale omgeving

- Problemen in de sociale omgeving vergroten ook het risico op suïcide. Denk bijvoorbeeld aan moeilijkheden op school of werk, interpersoonlijke problemen of problemen met het gezag en/of de politie (Marttunen et al., 1993). Door de omgeving aan te passen kan de kans op suïcide dus worden verkleind.
- Zowel digitaal als 'live' gepest worden vergroot het risico op suïcide (Hindua & Patchin, 2010; Kim & Leventhal, 2008).
- Een gebrek aan een sociaal netwerk kan het risico op suïcide vergroten. In een onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie onder jongeren die zelfmoord hadden gepleegd, kwam naar voren dat deze jongeren het contact met naasten en de hulpverlening waren kwijtgeraakt (Mérelle et al., 2019).
- Een gebrek aan continuïteit in de zorg werd ook genoemd in het onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie (Mérelle et al., 2019). Gebrek aan continuïteit werd veroorzaakt door wachtlijsten en wisselingen van hulpverleners en van instellingen.
- Onder jongeren die suïcide plegen is er vaker sprake van een gespannen thuissituatie (Mérelle et al., 2019). Denk bijvoorbeeld aan conflicten in het gezin, psychische problemen bij de ouders, fysieke problemen bij een lid van het gezin en verwaarlozing (Marttunen et al., 1993; De Wilde et al., 1992). Ook kan gebrekkige communicatie in het gezin een rol spelen (Bilsen, 2018). Beschikbaarheid van medicijnen en drugs in het gezin of in de omgeving kan ook het risico verhogen. Bijna 10% van de jongeren en volwassenen tot 30 jaar die in 2018 suïcide heeft gepleegd, deed dat middels (een combinatie van) alcohol, medicijnen en/of drugs (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020).
- Kinderen en jongeren zijn gevoeliger voor imitatie van gedrag dan volwassenen (Bilsen, 2018). Als er in de omgeving sprake is van suïcide, kan dat de kans op suïcide bij de jeugdige vergroten. Ook gedetailleerde berichtgeving en discussies op internet en sociale media kunnen de kans op suïcidale neigingen vergroten (Dunlop et al., 2011). Er is nog weinig wetenschappelijk bekend over de invloed van sociale media op suïcidaal gedrag. Het is echter zeer waarschijnlijk dat er imitatie via sociale media plaatsvindt. Mérelle et al. (2019) vonden in hun onderzoek bijvoorbeeld dat op het sociale media-account van een aantal meisjes depressieve quotes en foto's van zelfbeschadiging waren gedeeld met vriendengroepen.



Een aantal van de meiden die aan suïcide waren overleden en ook een eetstoornis hadden gehad, had deelgenomen aan pro-anacomunities en pro-zelfbeschadigingsgroepen. Voor meer informatie over sociale media en stemming, zie ook paragraaf 2.1.

Maatschappelijke factoren

- Sociaal-economische status (SES) speelt een belangrijke rol. 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).
- Gebrek aan woonperspectief en schulden kunnen de kans op suïcide eveneens vergroten (Elbogen et al., 2020).
- Daarnaast lopen mensen die een langere periode werkloos zijn een groter risico op suïcide. Hoe langer de periode van werkloosheid, hoe groter het risico (Classen & Dunn, 2012). Voor jongeren is een langere tijd niet naar school gaan een risicofactor. Waarschijnlijk komt dat onder andere door het gebrek aan structuur (Bilsen, 2018).
- Het niet kunnen vinden van passende zorg lijkt ook een risicofactor te zijn. Tijdens een onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie werden ouders geïnterviewd die hun kind hadden verloren aan suïcide (Mérelle et al., 2019). Zij uitten hun kritiek op het systeem van de zorg. Jongeren met complexe problematiek belandden vaak in een vicieuze cirkel van aanmelding, wachtlijsten, diagnostiek, afwijzingen en verwijzing. Dit kan gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid versterken.

Gesloten Jeugdzorg

Mogelijk lopen jongeren die uit huis worden geplaatst en op een gesloten afdeling terecht komen een groter risico suïcidaal te worden. Er is uit onderzoek hierover nog weinig bekend. Toch is het aan te raden extra alert te zijn bij jongeren die uit huis worden geplaatst en op een gesloten afdeling terecht komen, aangezien ze contact met hun naasten en hun vertrouwde omgeving kwijtraken. Bij een aantal jongeren in het onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie (Mérelle et al., 2019) was er voorafgaand aan de suïcide sprake van een mogelijke of daadwerkelijke uithuisplaatsing, wat angst en spanning opriep. Casiano et al. (2013) concludeerden in hun review dat de kans op suïcide bij jongeren die in een justitiële jeugdinrichting zitten drie tot achttien keer hoger is dan bij jongeren in de algemene bevolking.

Psychiatrie en complexe problemen komen vaak voor bij deze doelgroep, wat de kwetsbaarheid voor suïcide vergroot (Joshi & Billick, 2017). Maar waarschijnlijk spelen meer factoren een rol in de gesloten jeugdzorg. Zo kwam in inspectieonderzoek (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019a; 2019b) onder andere naar voren dat er sprake was van wachtlijsten voor een aantal vormen van behandeling tijdens het verblijf van jeugdigen in de gesloten jeugdzorg. Hierdoor krijgen sommige jeugdigen niet op tijd de juiste hulp. Daarnaast werden ouders en naasten nog onvoldoende betrokken bij de geboden hulp. De gesloten jeugdzorg hanteerde een standaard werkwijze en een vaste structuur bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het is van belang om beter aan te sluiten bij de behoeften, het belang en mogelijkheden van de jeugdige en zijn ouders en naasten.



4.3 Beschermende factoren

Beschermende factoren verkleinen de kans op suïcide. Uit onderzoek bij volwassenen komen verschillende factoren naar voren die de kans op suïcide kunnen verkleinen. Het is aannemelijk dat dezelfde factoren ook voor jeugdigen van belang zijn. Het gaat om sociale steun en verbondenheid met de familie, een eventuele partner en het bredere sociale netwerk. Denk bijvoorbeeld aan vrienden, kennissen, klasgenoten, burens, collega's, enzovoort. Het gevoel verantwoordelijk te zijn voor familieleden beschermt tegen suïcidaal gedrag (Hoyer & Lund, 1993). Ook verbondenheid en een goede therapeutische relatie met een professional of mantelzorger beschermt tegen suïcidaal gedrag (Chesley & Loring-McNulty, 2003). Uit onderzoek bij mensen die een suïcidepoging hebben gedaan waarin gevraagd werd hoe een herhaalde poging kon worden voorkomen, bleek dat het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven is (Chesley & Loring-McNulty, 2003).

Bij mensen die goed met problemen kunnen omgaan, is de kans op suïcide kleiner (Spirito et al., 1996). Nuttige copingvaardigheden zijn bijvoorbeeld sociale steun zoeken en cognitieve herstructurering. Ook controle hebben over gedrag en emoties kunnen reguleren werken beschermend (Extremera & Rey, 2016).

4.4 Wanneer is direct ingrijpen vereist?

Bij elke vorm van suïcidaal gedrag is direct ingrijpen vereist vanwege een verhoogd risico op suïcide. Het is hierbij belangrijk om contact te houden, te (blijven) praten met de jeugdige en het onderwerp suïcide bespreekbaar te maken. Professionals die met suïcidaal gedrag of suïcidale uitspraken 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 et al., 2012). Onderzoek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd bij iedereen die met enige overtuiging suïcidale uitspraken doet, of die een suïcidepoging heeft gedaan. Meer informatie over hoe je het gesprek hierover kunt aangaan is te vinden in de online training van 113 Zelfmoordpreventie (<https://www.113.nl/professionals-en-organisaties>).

Maar let op: suïcidale mensen brengen hun suïcidegedachten niet altijd uit zichzelf ter sprake. Vraag in de volgende situaties actief naar suïcidegedachten:

- bij psychologisch onderzoek en/of in crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen;
- bij uitingen van wanhoop;
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;
- op transitiemomenten in de geboden hulp bij psychische problemen, zoals bij wisseling van hulpverlener 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 hoog risicogroepen (jongeren met depressieve symptomen of met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag) doet afnemen (Gould et al., 2005). Spreek open over de suïcidale gedachten of suïcidepoging en durf concreet te zijn.

4.5 Suïcidepreventie binnen de jeugdhulp

Het is belangrijk met jeugdigen over suïcide(gedachten) te praten en belangrijke signalen vroegtijdig te herkennen. Op de website van 113 Zelfmoordpreventie kunnen professionals informatie vinden en een online training volgen over suïcidepreventie (<https://www.113.nl/professionals-en-organisaties>). Ook heeft 113 Zelfmoordpreventie een toolkit die jeugdprofessionals kan ondersteunen bij het herkennen, bespreken en behandelen van jongeren met suïcidaliteit (<https://www.113.nl/de-suïcidepreventie-toolkit-voor-de-ggz>).

Naast signalen herkennen en over suïcide kunnen praten, is contact houden en oriënterend onderzoek belangrijk (Van Hemert et al., 2012). In oriënterend onderzoek brengt de jeugdprofessional de risico- en beschermende factoren in kaart, schat hij de noodzaak van doorverwijzen in en zorgt hij voor veiligheid en continuïteit van de zorg. Betrek bij elke fase van het onderzoek de naasten van de jeugdige. Spreek ook alleen met de jeugdige, zonder aanwezigheid van naasten, en maak afspraken over vertrouwelijke onderwerpen die niet met naasten worden besproken. Voor meer informatie over diagnostiek en behandeling bij suïcide, zie de *Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012).

Meer informatie over de organisatie van de zorg is te vinden in de GGZ-standaarden Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2020; <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/introductie>). In geval van nood kan iedereen het alarmnummer 112 bellen om ambulance, brandweer of politie op te roepen. De ambulancezorg verwijst door naar de spoedeisende hulp (SEH) en de spoedeisende of consultatieve psychiatrie. Verwijzing gebeurt via erkende verwijzers: de huisarts, medisch specialist, spoedeisende hulp, nooddiensten, ggz-professionals, wijkteams en bedrijfsarts. Als een jeugdige snel hulp nodig heeft, maar er geen sprake is van een noodsituatie, kan een beroep worden gedaan op de huisarts. Hij kan doorverwijzen naar de spoedeisende of de reguliere GGZ, afhankelijk van de urgentie.

Een helder overzicht van preventieve maatregelen binnen de jeugdhulp en de GGZ is gegeven door Kerkhof en collega's (Kerkhof et al., 2010) in het overzichtsboek Suïcidepreventie in de praktijk. De volgende aanbevelingen zijn van toepassing binnen de residentiële jeugdhulp en jeugdbescherming.

- 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.
- Zorg dat richtlijnen en protocollen over suïcide op de werkvloer bekend zijn en actief gebruikt



worden. In de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012) wordt besproken hoe je als professional dient te handelen na een suïcide. De situatie moet worden gereconstrueerd. De behandelaar stelt een rapportage op. Voor dit proces bestaat een *Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel* (GGZ Nederland, 2011).

- 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. Jeugdigen voelen mogelijk dat ze zo'n contract niet kunnen weigeren, waardoor het niet meer tot een gesprek over hun suïcidaliteit komt. Het is juist zeer belangrijk dat de jeugdige het gevoel heeft dat hij vrij en open mag praten over suïcide.
- Bevorder de continuïteit van zorg. Met name na een klinische opname in de jeugd-ggz is dit zeer belangrijk. De overgang vanuit de jeugd-ggz naar ambulante zorg of residentiële jeugdhulp of jeugdbescherming is namelijk een risicovolle periode. Maak heldere afspraken over de verantwoordelijkheden van alle betrokken instellingen, zodat iedereen (ook de jeugdige) weet waar hij aan toe is. Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg. Of bel met de Overleg- en Advieslijn van 113 Zelfmoordpreventie (020 311 3888). Zorg ervoor dat hiermee de werkrelatie met de jeugdige, en diens naasten, behouden blijft.
- Probeer te leren van suïcides en pogingen daartoe. Dit kan de preventie van suïcide verbeteren.
- Maak samen een veiligheids- en crisissignaleringsplan. Hierin beschrijft de jeugdprofessional samen met de jeugdige hoe hij een nieuwe crisis kan herkennen, wat hij zelf kan doen en met wie hij contact kan opnemen. Betrek naasten bij dit plan. Zie ook <https://www.113.nl/zelfhulp/veiligheidsplan>.
- Laat de jeugdige in het geval van crisis liever niet alleen. Vraag bijvoorbeeld naasten bij de jeugdige aanwezig te blijven. Het is belangrijk om middelen waar suïcide mee kan worden gepleegd weg te halen. Zorg ervoor dat de fysieke veiligheid van jeugdigen gewaarborgd is. Suïcideveiligheid zou dezelfde prioriteit als brandveiligheid moeten hebben in een jeugdhulpinstelling. 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.

4.6 Aanbevelingen

- Geef depressieve kinderen en jongeren steun en hoop, zorg dat een volwassene adequaat toezicht houdt op de jeugdige, en los praktische problemen en knelpunten die de depressie in stand kunnen houden op.
- Suïcidaal gedrag komt voort uit ernstig lijden. Het is voor de jeugdige belangrijk dat hulpverleners dit lijden erkennen. Stel in het contact met de jeugdige de persoonlijke ervaring van de jeugdige centraal en neem deze serieus. Probeer zonder te veroordelen te luisteren, houd contact en houd het onderwerp bespreekbaar.
- Wanneer je suïcidaliteit vermoedt, maak dit dan bespreekbaar. Op de website van 113 Zelfmoordpreventie is een online training te vinden met gesprekstips (<https://www.113.nl/professionals-en-organisaties>). Zie ook de suïcidepreventie-toolkit (<https://www.113.nl/de-suïcidepreventie-toolkit-voor-de-ggz>). Een globale gesprekslijn is de volgende: vraag naar iemands huidige gemoedtoestand en suïcidale gedachten en, afhankelijk van dat antwoord, naar plannen, motieven, achtergronden en stappen die mogelijk al gezet zijn. Probeer vervolgens helder te krijgen wat de jeugdige met zijn suïcidepoging wil bereiken. Bespreek of er mogelijk andere manieren zijn om dat doel te behalen. Schakel eventueel een collega of andere hulpverlener in. Neem altijd contact op met collega's en je inhoudelijk leidinggevende wanneer je met een jeugdige over diens suïcidaliteit hebt gesproken en deel je ervaring in het team. Zeg ook tegen de jeugdige dat je dit met anderen bespreekt. Beloof geen geheimhouding maar wel vertrouwelijkheid. Mocht je je niet voldoende toegerust voelen, zeg dit dan tegen de jeugdige en zorg voor een warme overdracht naar een collega. Het is ook mogelijk te overleggen met psychologen van 113 Zelfmoordpreventie via de Overleg- en Advieslijn (020 311 3888). Zij kunnen meedenken over de situatie. 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.
- Zorg voor zorgvuldige monitoring bij medicamenteuze behandeling en schenk expliciet aandacht aan het risico op suïcidaliteit. Let hierbij specifiek op een mogelijke plotselinge toename van suïcidegedachten, suïcidegevoelens en suïcidale handelingen na het starten met de medicatie.
- Probeer te voorkomen dat er een kloof ontstaat tussen de jongere en diens omgeving. Betrek in overleg met de jeugdige de ouders en/of andere belangrijke naasten in het gesprek en bij het plan van aanpak. Het doel is een netwerkgerichte aanpak. Hierbij werken jeugdprofessionals, naasten en andere betrokkenen uit het leven van de jeugdige samen om de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van en de zorg voor de jeugdige te dragen (Mérelle, 2019). Spreek af wat ieders rol is in de begeleiding

van de jeugdige. Zie voor meer informatie ook paragraaf 5.1.2 Samenwerking en ondersteuning naasten van de GGZ standaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2020; <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/introductie>).

- Overleg ook met de huisarts van de jeugdige en betrek hem bij de zorg.
- Maak samen met jeugdige en naasten een veiligheidsplan (<https://www.113.nl/zelfhulp/veiligheidsplan>)
- 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.
- In het geval van de gesloten jeugdzorg: hanteer geen standaardwerkwijze bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, maar pas deze aan de jeugdige en de situatie aan. Het is van belang om aan te sluiten bij de behoeften, het belang en de mogelijkheden van de jeugdige en zijn ouders en naasten (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019a).
- 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 jeugdigen 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 en jeugdbescherming kunnen bieden?

Er zijn verschillende *evidence-based* interventies beschikbaar in de hulp bij of behandeling van stemmingsproblemen en depressie, of bij het voorkómen ervan (Conijn & Ruiters, 2011; Van Rooijen, 2018; Zorgstandaard Depressieve stoornissen, 2018). De interventies gericht op het voorkómen van stemmingsproblemen of depressie noemen we preventieve interventies. Geschikte preventieve interventies kunnen selectieve preventie en geïndiceerde preventie betreffen³.

Selectieve preventie

Selectieve preventieve interventies zijn geschikt voor jeugdigen die nog geen stemmingsklachten hebben maar die wel een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen ervan. Risicofactoren die hierbij een rol spelen zijn beschreven in hoofdstuk 3. Selectieve preventieve interventies kunnen leiden tot een klinisch significante afname van depressie op de nameting en op korte termijn na afloop van de interventie. Over het algemeen doven de effecten op de langere termijn (na 1-2 jaar) uit (*Addendum Depressie bij Jeugd*, 2009; Van Rooijen, 2018).

De tabellen 5.1-5.3 geven een samenvatting van de selectieve preventieve interventies voor kinderen en jongeren die een verhoogd risico hebben om stemmingsproblemen te ontwikkelen, gericht op de jeugdigen (tabel 5.1), dan wel op de ouders (tabel 5.2).

Geïndiceerde preventie (preventie gericht op de problematiek)

Preventieve interventies gericht op de problematiek hebben als doel om verergering van de problematiek te voorkómen. Deze interventies noemen we geïndiceerde preventieve interventies. Cognitieve gedragstherapie (CGT) ingezet als geïndiceerde preventieve interventie kan bijvoorbeeld bij jongeren met subklinische klachten de kans op het ontstaan van een depressie met 63% verminderen (Oud et al. 2019). De effecten van CGT zouden nog toe kunnen nemen als de behandeling een combinatie van gedragsactivatie en het uitdagen van gedachten bevat, of als de verzorger betrokken is bij de behandeling van de jongere (Oud et al. 2019). Andere veelgebruikte CGT-componenten om somberheidsklachten aan te pakken zijn probleemoplossingsvaardigheden en relaxatie. Recent is aangetoond dat de volgorde waarin de CGT-componenten gedragsactivatie, cognitieve herstructurering, probleemoplossingsvaardigheden en relaxatie worden aangeboden niet uitmaakt voor het effect direct na de training en zes maanden erna bij jongeren tussen de 11 en 18 jaar met depressieve klachten (Van den Heuvel et al., 2019; Van den Heuvel et al, 2020).

In de tabellen 5.3 en 5.4 zijn de interventies beschreven voor respectievelijk kinderen en jongeren met aanwezige stemmingsproblemen. Deze interventies kunnen worden ingezet opdat deze problemen niet verergeren (geïndiceerde preventieve interventies).

De werkgroep heeft interventies geselecteerd die minimaal als 'theoretisch goed onderbouwd' zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ), of die naar voren gebracht zijn door de werkgroep en in wetenschappelijk onderzoek gunstige uitkomsten laten zien. Meer informatie over deze interventies is te vinden in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ), te raadplegen op <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>.

³ Daarnaast zijn er ook universele preventieve interventies. Voor deze richtlijn zijn deze niet relevant.

Tabel 5.1: Interventies voor jeugdigen met een verhoogd risico op stemmingsproblemen (selectieve preventieve interventies)

Naam interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit / onderzoek
Vrienden	Het optreden van stemmingsproblemen als gevolg van angstklachten voorkómen. Omgaan met gevoelens van angst en depressie.	Groepsbijeenkomsten voor jeugdigen of individuele begeleiding. Ouderbijeenkomsten.	Jeugdigen van 4-16 jaar met stemmingsproblemen en/of angstproblemen.	Erkend als: effectief volgens sterke aanwijzingen.
Online cursus Kopstoring www.kopstoring.nl	Ondersteuning van jongeren hoe om te gaan met een ouder met psychische problemen, met aandacht voor het bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder, het doorbreken van sociaal isolement en het aanleren van vaardigheden om goed voor zichzelf te zorgen.	Online groepsbijeenkomsten in chatbox, e-mailservice.	Jongeren van 16-25 jaar waarvan (een van) de ouders psychische of verslavingsproblemen heeft.	Erkend als: goed onderbouwd.
Kinderen uit de Knel	Verminderen van conflicten en verbeteren van opvoedklimaat, om depressie en angstproblemen te voorkómen.	Groepsbijeenkomsten ouders, groepsbijeenkomsten jeugdigen, betrekken sociale netwerk.	Jeugdigen van 4-18 jaar die vanwege strijd tussen hun gescheiden ouders last hebben van angsten, depressieve gevoelens of somberheid.	Erkend als: goed onderbouwd.
Piep zei de Muis	Signaleren van en steun geven aan kinderen van ouders met psychische, psychosociale en verslavingsproblemen. Bespreekbaar maken van de thuissituatie, leren ontspannen, herkennen van emoties en verbeteren van zelfbeeld.	Gezinsbegeleiding, bijeenkomsten voor kinderen, ouderbijeenkomsten, opvoedondersteuning en lotgenotencontact.	Kinderen van 4-8 jaar en hun ouders uit gezinnen met stress (incl. KOPP/KOV).	Aangedragen vanuit de praktijk, gunstige onderzoeksuitkomsten (Abspoel et al., 2011), in voorbereiding voor beoordeling.

KOPP doe-praatgroep	Versterken van competenties door ondersteuning, begrip voor psychische problemen, het zelfbeeld versterken en schuld- en schaamtegevoelens verminderen.	Groepsaanbod voor kinderen, ouderbijeenkomst.	Kinderen van 8-12 jaar waarvan (een van) de ouders psychische of verslavingsproblemen heeft/hebben.	Aangedragen vanuit de praktijk, gunstige onderzoeksuitkomsten (Van Santvoort et al., 2013), in voorbereiding voor beoordeling.
Pubergroep KOPP	Versterken van competenties door ondersteuning, begrip voor psychische problemen, het zelfbeeld versterken en schuld- en schaamtegevoelens verminderen.	Groepsaanbod voor jongeren, ouderbijeenkomst.	Jongeren van 12-16 jaar waarvan (een van) de ouders psychische of verslavingsproblemen heeft/hebben.	Aangedragen vanuit de praktijk. Gunstige onderzoeksuitkomsten voor vergelijkbare interventie (Doepraatgroep; Van Santvoort et al., 2013).

Tabel 5.2: Interventie voor ouders van kinderen met een verhoogd risico op psychische problemen (selectieve preventieve interventies)

Naam interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit / onderzoek
Triple P (Niveau 4 en 5 bij ernstige problemen)	De opvoedingsvaardigheden en de band tussen ouder en jeugdige versterken, zodat emotionele en gedragsproblemen van de jeugdige verminderen. Het aanvullende niveau 5 is gericht op het opheffen van belemmerende factoren in het gezin, zoals persoonlijke problemen of relatieproblemen.	Individueel begeleidings-traject of een groepstraining voor ouders.	Ouders van jeugdigen van 2-16 jaar met milde tot ernstige emotionele of gedragsproblemen.	Erkend als: effectief volgens eerste aanwijzingen.
Ouder-Baby interventie	De kwaliteit van de ouder-kindinteractie en een veilige gehechtheid van de jeugdige versterken.	Huisbezoeken	Ouders (indien tienermoeders) met psychische problemen, met een baby van 0-1 jaar.	Erkend als: effectief volgens eerste aanwijzingen.

Online cursus KopOpOuders <i>www.kopopouders.nl</i>	De opvoed-competentie van de ouders versterken, om welbevinden van zowel ouders als kinderen te verbeteren.	Online groeps-bijeenkomsten in chatbox, e-mailservice, lotgenotencontact via forum.	Ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met een jeugdige van 1-18 jaar.	Erkend als: goed onderbouwd.
---	---	---	---	------------------------------

Tabel 5.3: Interventies voor kinderen van 6 tot 12 jaar met stemmingsproblemen ter voorkoming van de verergering van de problematiek

Naam interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit / onderzoek
Vrienden	Het optreden van stemmingsproblemen als gevolg van angstklachten voorkómen. Omgaan met gevoelens van angst en depressie.	Groeps-bijeenkomsten voor jeugdigen of individuele begeleiding. Ouderbijeenkomsten.	Kinderen/ jongeren van 4-16 jaar met stemmingsproblemen en angstproblemen, waarbij angstklachten op de voorgrond staan.	Erkend als: effectief volgens sterke aanwijzingen.
Basic Trustmethode	Terugdringen van problemen door middel van versterking van de gehechtheidsrelatie en opvoedvaardigheden.	Psycho-educatie, ouderbegeleiding aan de hand van video-opnamen.	Kinderen van 2-12 jaar met ernstige gedrags- en/of emotionele problemen in de gehechtheidsrelatie en hun opvoeders in gezinnen of (semi) residentiële voorzieningen.	Erkend als: effectief volgens eerste aanwijzingen.
Pak aan	Verminderen van depressieklachten door onder andere opbouwen positief zelfbeeld, probleem-oplossend denken, uitdagen van negatieve gedachten en herkennen van gevoelens.	Individuele begeleiding, groepsbegeleiding.	Kinderen/jongeren van 8-13 jaar met stemmingsproblemen, depressie of dysthymie.	Erkend als: goed onderbouwd.

Tabel 5.4.: Interventies voor jongeren vanaf 12 jaar met stemmingsproblemen ter voorkoming van de verergering van de problematiek

Naam interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit / onderzoek
Vrienden	Het optreden van stemmingsproblemen als gevolg van angstklachten voorkómen. Omgaan met gevoelens van angst en depressie.	Groepsbijeenkomsten voor jongeren of individuele begeleiding. Ouderbijeenkomsten.	Jeugdigen van 4-16 jaar met stemmingproblemen en angstproblemen, waarbij angstklachten op de voorgrond staan.	Erkend als: effectief volgens sterke aanwijzingen.
Praten online www.pratenonline.nl	Verminderen van depressie- en angstklachten zodat erger wordt voorkomen en de kans op herstel groter is. Subdoelen zijn gericht op het voeren van eigen regie in herstel en het inzetten van hulpbronnen en vaardigheden.	Online hulpverlening via chat.	Jongeren van 12 - 23 jaar met angstklachten en depressieklachten die (nog) niet de stap zetten naar <i>face-to-face</i> hulp.	Erkend als: goed onderbouwd.
Happyles	Bevorderen van welbevinden en geluk ter voorkoming of vermindering van depressieklachten.	Lessen op school, e-learning, online groepscurcus en adviesgesprek.	Jongeren van 13-25 jaar op het VMBO of MBO.	Erkend als: goed onderbouwd.
Gripopedip (online) www.gripopedip.nl	Verminderen van depressieve klachten om depressie te voorkomen.	Online groepsbegeleiding in chatbox.	Jongeren van 16-25 jaar met stemmingsproblemen.	Erkenning 'Effectief volgens sterke aanwijzingen' verlopen. Gunstige onderzoeksuitkomsten (Van der Zanden et al., 2012; Gerrits et al., 2007).
Op volle kracht (Penn intervention program)	Verminderen van depressieklachten, voorkómen van depressie.	Lessen op school, met componenten van cognitieve gedragstherapie.	Meisjes van 11-14 jaar met depressieklachten.	Erkenning Loket Gezond Leven*: effectief volgens sterke aanwijzingen. Niet opgenomen in de DEJ. Gunstige onderzoeksuitkomsten (Kindt et al., 2012; Scholte et al., 2013; Wijnhoven et al., 2014.)



De D(o)epressie-cursus	Verwerven en versterken van vaardigheden om in het dagelijks leven beter te kunnen functioneren met zo min mogelijk depressieklachten.	Groepsbijeenkomsten, cognitieve gedrags-therapeutische technieken.	Jongeren van 16-21 jaar met stemmingsproblemen.	Erkenning (effectief volgens sterke aanwijzingen) verlopen
Stap op weg (verkorte versie van Do(e)pressie)	Verwerven en versterken van vaardigheden om in het dagelijks leven beter te kunnen functioneren met zo min mogelijk depressieklachten.	GGZ-preventieafdeling.	Jongeren van 14-18 jaar met stemmingsproblemen.	Erkenning (effectief volgens eerste aanwijzingen) verlopen
Ouder-baby interventie	Versterken van de kwaliteit van de ouder-kindinteractie en een veilige gehechtheid van de jeugdige.	Huisbezoeken.	Ouders (tiernmoeders) met een depressie, met een baby van 0-1 jaar.	Erkend als: effectief volgens eerste aanwijzingen.
STARr-training	Depressieklachten en sociale angst verminderen en verergering voorkomen door: - probleem oplossen, module Solve; - cognitieve herstructurering, module Think; - gedragsactivatie, module Act&do; - exposure, module Act&dare; - relaxatie, module Relax.	Cognitief-gedrags-therapeutische groepstraining bestaande uit 5 modules die in verschillende volgorden aangeboden kunnen worden.	Jongeren van 10-20 jaar met depressieve en/of sociale angstklachten.	Gunstige onderzoeksuitkomsten: significante afname van depressieklachten direct na training en 6 maanden later (Van den Heuvel et al., 2019). Significante afname van spreekangst en sociale angst direct na en 6 weken na Module Act&dare op zichzelf óf in combinatie met module Think of Relax (De Jong et al., 2020).

* *Loket gezond leven* heeft een overzicht van erkende leefstijlinterventies. De interventies komen uit de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven. Dit is een gezamenlijk initiatief van Kenniscentrum Sport & Beweging en het RIVM.



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

Specifieke indicaties en contra-indicaties voor interventies bij stemmingsproblemen zijn aangegeven in de bovenstaande tabellen.

Welke interventies geschikt zijn voor jeugdigen met stemmingsproblemen is afhankelijk van de ernst van de problematiek en de leeftijd van de jeugdige. De interventies met de hoogste bewijskracht hebben de voorkeur. In het algemeen geldt ook: hoe eerder er hulp wordt geboden, hoe beter. De stappen van gedeelde besluitvorming worden gevolgd (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2017). Hulpverleners gaan samen met de ouders en jeugdige na wat de problemen zijn, welke wensen en ideeën zij hebben ten aanzien van de hulp hebben en welke mogelijkheden zij hebben voor ondersteuning vanuit hun sociale netwerk. Hierbij kan op voorlichtingsmateriaal worden gewezen. Voor jongeren met een migratie- of vluchtelingenachtergrond zijn beeldverhalen beschikbaar (KJP, 2020). Het is belangrijk jeugdige en ouders de best passende mogelijkheden voor professionele hulp voor te leggen en met hen de voor- en nadelen van deze interventies te bespreken. Ook de voorkeuren, wensen en verwachtingen die ouders en jeugdigen hierin hebben dienen te worden besproken, bijvoorbeeld ten aanzien van online hulp of *face-to-face* contact. Hulpverleners moeten ouders en jeugdige goed informeren, goed bevragen en goed naar ze luisteren om het proces van gedeelde besluitvorming samen invulling te kunnen geven. Gezamenlijk beslissen zij welke hulp het beste aansluit bij de vraag of het probleem en hun voorkeuren.

Medicamenteuze behandeling

Met medicatie in de behandeling van depressie dient niet te snel gestart te worden. Het moet ook altijd op basis van gezamenlijke besluitvorming plaatsvinden (Zorgstandaard Depressieve stoornissen, 2018). Voorafgaand aan het voorschrijven en instellen van medicatie dient een somatische oorzaak van de psychische klachten te zijn uitgesloten. Bij jeugdigen onder de achttien jaar kunnen antidepressiva alleen door de kinder- en jeugdpsychiater worden voorgeschreven. Die hoort altijd eerst de alternatieven voor medicamenteuze behandeling te overwegen.

Onderzoeksdata over het effect van antidepressiva bij jeugdigen zijn er slechts zeer beperkt. Risico's bij overdosering zijn belangrijke aspecten in de overwegingen bij medicamenteuze behandeling, evenals het kunnen afbouwen van medicatie. Om terugval te voorkomen moet de medicamenteuze behandeling gedurende een jaar na herstel worden voortgezet. Als er eenmaal wordt overgegaan op medicatie duurt het traject dus langer.

Bij het opbouwen van medicatie dient een mogelijk verhoogd risico op suicidaliteit onder controle gehouden te worden (zie ook hoofdstuk 4) door jeugdigen die hiermee worden behandeld zeer nauwkeurig te volgen.

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie neemt een belangrijke plaats in de behandeling van kinderen, jongeren en jong-volwassenen met een depressie (Zorgstandaard Depressieve stoornissen, 2018). Terugvalpreventie kan bestaan uit het bevorderen van zelfhulp, regelmatige monitoring gedurende meerdere jaren, door het opstellen van een terugvalpreventieplan, het aanbieden



van specifieke terugvalpreventieprogramma's en contactinformatie bij een dreigende terugval of recidivering, zodat indien dit optreedt een nieuwe behandeling snel kan worden ingezet. Met de gespecialiseerde zorg dient afgestemd te worden wie wat kan doen in het voorkomen van terugval. Volg voor aanwijzingen omtrent terugvalpreventie de checklists per leefgebied in paragraaf 6.2.

5.3 Aanbevelingen

Bij jeugdigen met een verhoogd risico op stemmingsproblemen

- Volg de stappen van gedeelde besluitvorming. Geef altijd psycho-educatie aan zowel de jeugdige als de ouders. Bespreek hierbij met de ouders en jeugdige wat het probleem is, de oorzaken, wat het in stand houdt, mogelijke gevolgen en toekomstverwachtingen. Ga hierbij na of de ouders en jeugdige de informatie begrijpen, welke vragen zij hebben, of de informatie herkenbaar is en of ze de betekenis delen.
- Leg de aanbevolen hulpmogelijkheden en passende interventies voor. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en ga na welke voorkeuren ouders en jeugdigen hierin hebben. Betrek, indien mogelijk, ook de ouders bij de interventie.
- Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg.
- Overweeg bij jeugdigen met een verhoogd risico op stemmingsproblemen de interventies die in de tabellen 5.1 en 5.2 staan.
- Wanneer een van de ouders kampt met psychische en/of verslavingsproblemen, raadpleeg dan de *Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen / Verslavingsproblemen (KOPP/KOV) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*'.

Bij jeugdigen met stemmingsproblemen

- Volg de stappen van gedeelde besluitvorming. Geef altijd psycho-educatie aan zowel de jeugdige als de ouders. Bespreek hierbij met de ouders en jeugdige wat het probleem is, de oorzaken, wat het in stand houdt, mogelijke gevolgen en toekomstverwachtingen. Ga hierbij na of de ouders en jeugdige de informatie begrijpen, welke vragen zij hebben, of de informatie herkenbaar is en of ze de betekenis delen.
- Leg de aanbevolen hulpmogelijkheden en passende interventies voor. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en ga na welke voorkeuren ouders en jeugdigen hierin hebben. Betrek, indien mogelijk, ook de ouders bij de interventie.
- Hierbij geldt: hoe eerder de hulp wordt ingezet, hoe beter. Betrek, indien mogelijk, ook de ouders bij de interventie.
- Houd bij het bieden van hulp rekening met de ernst van de problematiek en de leeftijd van de jeugdige. Geef waar mogelijk zowel de jeugdige als de ouders een keuze tussen enkele interventies, bijvoorbeeld online hulp of *face-to-face* contact, binnen de jeugdhulp, jeugdbescherming of jeugd-ggz.
- Vraag bij twijfel om collegiaal advies van de gespecialiseerde zorg. Bied bij jeugdigen met stemmingsproblemen een of enkele van de interventies die in de tabellen 5.3 en 5.4 staan aan.



Bij jeugdigen met een depressie

- Volg de stappen van gedeelde besluitvorming. Geef altijd psycho-educatie aan zowel de jeugdige als de ouders. Bespreek hierbij met de ouders en jeugdige wat het probleem is, de oorzaken, wat het in stand houdt, mogelijke gevolgen en toekomstverwachtingen. Ga hierbij na of de ouders en jeugdige de informatie begrijpen, welke vragen zij hebben, of de informatie herkenbaar is en of ze de betekenis delen.
- Leg de aanbevolen hulpmogelijkheden en passende interventies voor. Bespreek de voor- en nadelen van deze opties en ga na welke voorkeuren ouders en jeugdigen hierin hebben. Betrek, indien mogelijk, ook de ouders bij de interventie.
- Verwijs naar de gespecialiseerde zorg. Bij een lichte depressieve stoornis zijn de volgende interventies aanbevolen: actief volgen van de jeugdige en het bieden van dagstructurering en mogelijk ook de bovenstaande interventies, zelfhulp of runningtherapie. Afhankelijk van de ernst en duur van de depressieve klachten bestaat de behandeling uit cognitieve gedragstherapie (CGT) of interpersoonlijke therapie (IPT), in uitzonderlijke gevallen gecombineerd met medicatie.



Hoofdstuk 6

Samenwerking en afstemming



6.1 Wat zijn de taken rondom stemmingsproblemen?

De taken rondom stemmingsproblemen zijn uiteenlopend en kunnen per casus verschillen (zie tabel 2). De taken dienen te worden uitgevoerd door een daartoe gekwalificeerde jeugdprofessional. Hierbij kunnen verschillende disciplines betrokken zijn en dit vraagt afstemming binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming en met aanpalende sectoren. Indien stemmingsproblemen direct worden gesignaleerd en de wijkteams en de gemeenten gezamenlijk zorgen voor consulten, kan de jeugdprofessional (preventief) meer doen en betere jeugdhulp bieden.

Als de gemeenten een besluit moeten nemen over het bieden van hulp, is het belangrijk dat een deskundige op het gebied van jeugdhulp die beslissing neemt. Deze deskundige volgt het gehele traject, op alle leefgebieden, zodat de benodigde hulp op tijd kan worden geboden. Als de gemeenten er pas bij worden betrokken als de problemen verergerd zijn, is het risico groter dat de jeugdige te laat de juiste hulp krijgt.

Tabel 2: Taken rondom stemmingsproblemen die afstemming vragen

Taken rondom stemmingsproblemen door verschillende jeugdprofessionals en andere disciplines (niet uitputtend)

- Psycho-educatie geven en de stappen van gedeelde besluitvorming volgen
- Signalen en symptomen herkennen
- Diagnose stellen
- Begeleiden bij stemmingsproblemen
- Groepsdynamiek begeleiden
- Een positief opgroei- en opvoedklimaat creëren
- De omgeving van de jeugdige adviseren
- Geprotocolleerde behandeling uitvoeren
- Medicatiegebruik monitoren
- Zicht houden op de medische kant van het hulpverleningstraject
- Informeren en adviseren over passende hulp
- Diverse interventies uitvoeren
- Zicht houden op veiligheid van de jeugdige
- Bedreigende knelpunten signaleren
- Gespecialiseerde hulp (zoals gepersonaliseerde psychotherapie) inschakelen
- Contact met betrokken hulpverleners onderhouden

6.2 Hoe kunnen jeugdprofessionals samenwerken met hulpverleners die (gespecialiseerde) hulp bieden in de context van gezin, school en vrije tijd?

Integrale jeugdhulp is jeugdhulp die passend en samenhangend is, waarbij de jeugdige en het gezin het uitgangspunt zijn. Deze hulp is zo licht en gewoon mogelijk, maar ook direct intensief en specialistisch waar nodig. Het principe 'één gezin, één plan' is leidend, zodat er door verschillende domeinen, specialismen en sectoren, elk met hun eigen deskundigheid, multidisciplinair moet worden samengewerkt. Dit vraagt om verbinding van (gespecialiseerde) jeugdhulp met andere domeinen en partners in de zorg, zoals de huisarts, de onderwijsconsulent en school, de opvoedhulp, het lokale team, de jeugdgezondheidszorg en justitie. Integrale jeugdhulp kan leiden tot minder wisselingen in hulpverleners, betere afstemming tussen hulpverleners, zorg op verschillende levensgebieden en continuïteit van zorg tijdens overgangsfasen.



Gemeenten, zorgaanbieders en onderwijs zijn samen verantwoordelijk voor jeugdhulp. Jeugdprofessionals zorgen, bijvoorbeeld als casusregisseur, jeugdconsulent en middels het wijkteam, in onderlinge afstemming ervoor dat kinderen en jongeren zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen: thuis, op school, in de wijk en online. Onderwijs kan een belangrijke informatiebron zijn bij het in kaart brengen en analyseren van de benodigde hulp en de evaluatie van de jeugdhulp. Ook is het een belangrijke partner in de samenwerking vanuit een integrale benaderingswijze.

De schoolcoach biedt ondersteuning aan de school, ouders en jeugdigen bij sociaal-emotionele problemen. Bijvoorbeeld bij vragen over het gedrag of de ontwikkeling van de jeugdige, de opvoeding, of zorgen over de veiligheid. De schoolcoach helpt de school, de ouders en de jeugdige om zo veel mogelijk zelf oplossingen te vinden. Samen wordt er gezocht naar passende oplossingen en hulp. Als het nodig is, geeft de coach trainingen op school, bijvoorbeeld om de weerbaarheid van jeugdigen te vergroten of om faalangst te bestrijden. Op het gebied van passend onderwijs kan de onderwijsconsulent van belang zijn (voor meer informatie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/vraag-en-antwoord/wat-is-de-rol-van-de-onderwijsconsulent-in-het-speciaal-onderwijs>).

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 jeugdgezondheidszorg (JGZ), als ook hulp ontvangen vanuit de jeugdhulp en jeugdbescherming. Daarnaast worden jeugdigen wiens behandeling binnen de jeugd-ggz is afgerond vaak begeleid binnen de (residentiële) jeugdhulp en jeugdbescherming. Dat deze hulpverleners het bieden van hulp goed 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 geboden worden.

Overdracht naar volwassenen-ggz

Deze richtlijn is van toepassing op jongeren tot 23 jaar die vóór hun 18e al jeugdhulp of jeugdbescherming ontvingen die nog altijd doorloopt. Juist bij jongeren tussen de 18 en 25 jaar komen veel stemmingsproblemen en suïcides voor. In de transitie of transfer naar de volwassenen-ggz kan de continuïteit van de zorg in het geding zijn als er geen goede afstemming plaatsvindt, zoals door wachtlijsten. Van belang is dat een jongere niet wordt 'losgelaten' voordat de overdracht goed is afgerond. Dit is in de overdracht van jeugd-psychiatrische naar volwassen-psychiatrische zorg een belangrijk aandachtspunt. Hierbij kan de transitietool worden gebruikt (Theunissen, Van Harten & Pannebakker, 2019a en b).

Leefgebieden

Het is van belang dat jeugdprofessionals de omgeving van de jeugdige bij de hulp 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 stemmingsproblemen en leerproblemen samen kunnen gaan.
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 en jeugdbescherming. 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. Voor meer informatie over uithuisplaatsing verwijzen we naar de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.
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

Jeugdprofessionals binnen de residentiële setting 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 et al., 2014).
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 regelmatig 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.).

A. 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*.

6.4 Aanbevelingen

- Blijf bij overdracht naar de volwassenen-ggz in contact met de jeugdige en diens ouders totdat de overdracht goed heeft plaatsgevonden.
- Volg de aanwijzingen in de checklists op voor de betreffende leefgebieden.

Literatuur



Abspoel, M., Havinga, P., & Jonge, M., de. (2011) *Evaluatie van PIEP zei de muis. Onderzoek naar effectiviteit en uitvoering*. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). 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*. American Psychiatric Association.

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

Bartelink C, Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Nederlands Jeugdinstituut.

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

Bergen, D. D. van, Bos, H. M. W., Lisdonk, J. van, Keuzenkamp, S., & Sandfort, T. G. M. (2013). Victimization and suicidality among Dutch lesbian, gay, and bisexual youths. *American Journal of Public Health*, 103, 70-72.

Bergen, D. D. van, Smit, J. H., Balkom, A. J. L. M. van, & Saharso, S. (2012). "I Felt so Hurt and Lonely" - Suicidal Behavior of Young Immigrant Women in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 49, 69-86.

Berkelmans, G., Mei, R. van der, Bhulai, S., Mérelle, S., & Gilissen, R. (2020) Demographic risk factors for suicide among youths in the Netherlands. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1-11.

Bernert, R. A., Kim, J. S., Iwata, N. G., & Perlis, M. L. (2015). Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Current psychiatry reports*, 17(3), 1-9.

Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-5.

Birmaher, B., & Brent, D. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).

Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2: Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren (Nederlandse bewerking)*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100.

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 – APA Publishing, 143*, 9-14.
- Buijzen, M., & Roozendaal, E., (2019). *Bitefile: Wat zegt de wetenschap over de impact van sociale media op het welzijn van jongeren?* Geraadpleegd op 20-02-2019, op <https://www.mediawijzer.net/bitefile-sociale-media-en-welzijn/>
- Burger, I., Hemert, A. M. van, Bindraban, C. A., & Schudel, W. J. (2005). Parasuïcides in Den Haag. Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch Bulletin, 40*, 2-8.
- Burgt, M., van der (2019). *Factsheet suicidaliteit en autisme*. 113 Zelfmoordpreventie in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA).
- Bussone, S., Trentini, C., Tambelli, R., & Carola, V. (2020). Early-Life Interpersonal and Affective Risk Factors for Pathological Gaming. *Frontiers in Psychiatry, 11*(423), 1-9.
- Casiano, H., Katz, L. Y., Globerman, D., & Sareen, J. (2013). Suicide and deliberate selfinjurious behavior in juvenile correctional facilities: A review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(2), 118-124.
- 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.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2020, 18 december). *Statline Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. Geraadpleegd van https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?ts=1608737294067
- Chesley, K., & Loring-McNulty, N. E. (2003). Process of suicide: Perspective of the suicide attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 9*(2), 41-45.
- Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Economics, 21*(3), 338-350.
- Conijn, B., & Ruiter, M. (2011). *Preventie van depressie: Factsheet Preventie 2011*. Trimbos-instituut.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 31*, 367-385.
- Dalenberg, C. J. (2017). Meta-analyses of clinical neuropsychological tests of executive dysfunction and impulsivity in alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43*(1), 24-43.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *PloS one, 10*(5), 1-14.
- Dunlop, S. M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(10), 1073-1080.
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Montgomery, A. E., Strickland, S., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2020). Financial strain and suicide attempts in a nationally representative sample of US adults. *American journal of epidemiology, 189*(11), 1266-1274.
- 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.



- Extremera, N., & Rey, L. (2016). Attenuating the negative impact of unemployment: The interactive effects of perceived emotional intelligence and wellbeing on suicide risk. *PLoS One*, *11*(9), 1-13..
- Falbe, J., Davison, K. K., Franckle, R. L., Ganter, C., Gortmaker, S. L., Smith, L., Land, T., & Taveras, E. M. (2015). Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics*, *135*(2), e367-e375.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, *127*(2), e319-e329.
- Gerrits, R. S., Zanden, R. A. van der, Visscher, R. F., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: A preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, *6*(3), 152-162.
- GGZ-standaarden (2020). Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Geraadpleegd van: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/introductie>.
- GGZ Nederland (2011). Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suicidepogingen met ernstig letsel. Geraadpleegd van: <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2011/05/13/handreiking-uniforme-meldingsroute-suïcides-en-suicidepogingen-met-ernstig-letsel-ggz-nederland-e.a.-2011>.
- Gilissen, R., Felten, H., Bergen, D. van, & Beurs, D. de (2018). *Factsheet suïcidaliteit onder LHBT'ers*. 113 Zelfmoordpreventie, Movisie en Rijksuniversiteit Groningen.
- 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.
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychology*, *69*(1), 66-78.
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen Time and Sleep among School-Aged Children and Adolescents: A systematic literature review. *Sleep medicine reviews*, *21*, 50-58.
- 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, & Kruijff, 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., Groot, M.H., de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A. A. & Glind, G., van de (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. SWP.
- Van den Heuvel, M. W. H., Bodden, D. H. M., Smit, F., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., Moerbeek, M., & Engels, R. C. M. E. (2020). *Outcomes on the relative effectiveness of CBT-components and different sequencing in indicated depression prevention for adolescents: A pragmatic cluster randomized microtrial*. Manuscript under review.

Heuvel, M.W.H., van den, Bodden, D.H.M., Moerbeek, M. Smit, F., & Engels, R.C.M.E (2019). Dismantling the relative effectiveness of core components of cognitive behavioural therapy in preventing depression in adolescents: protocol of a cluster randomized microtrial. *BMC Psychiatry* 19, 200, 1-13.

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.

Hutsebaut, J., Geertzema, S. M., & Hesseles, C. J. (2019). Depressie en/of borderline problematiek? Rationale voor vroege interventie bij borderline problematiek en richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*, 46(1), 1-18.

Intercultureel Addendum Depressie (2012). *Intercultureel addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Mikado.

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.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019a). *Onderzoek na het overlijden van een jeugdige*. Ottho Gerhard Heldringstichting. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019b). *Casusonderzoek Zuid-Holland. Onderzoek na overlijden van een jeugdige*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Jong, R., de, Lommen, M. J. J., Timmerman, M. E., Hout, W. J. P. J., van, Jong, P. J., de, & Nauta, M. H. (2020). *Treating Speech Anxiety in Youth: A Randomized Controlled Microtrial Testing the Efficacy of Exposure Only versus Exposure Combined with Anxiety Management Strategies*. Manuscript submitted for publication.

Joshi, K., & Billick, S. B. (2017). Biopsychosocial causes of suicide and suicide prevention outcome studies in juvenile detention facilities: A review. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 141-153.

KJP/Kenniscentrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2020). www.kenniscentrum-kjp.nl/nieuws/beeldverhalen-helpen-jongeren-psychische-problemen-beter-begrijpen/

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

Kindt, K. C., van Zundert, R., & Engels, R. C. (2012). Evaluation of a Dutch school-based depression prevention program for youths in highrisk neighborhoods: study protocol of a two-armed randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 12 (212), 1-7.



- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Champman, M. F., Reicherzer, M., Stieglitz, R. D., & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(3), 230-236.
- 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*. Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
- Kowert, R., Domahidi, E., Festl, R., & Quandt, T. (2014). Social gaming, lonely life? The impact of digital game play on adolescents' social circles. *Computers in Human Behavior, 36*, 385-390.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Trimbos-instituut/CBO.
- 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*, , 1063-1068
- 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., & Lonqvist, J.K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 1178-1183.
- Marttunen, M., & Pelkonen, M. (2000). Psychiatric risk factors for adolescent suicide — A review. *Psychiatria Fennica, 31*, 110-125.
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., & Clayton, P. (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., & Bon, M. van (2018). *Zorgstandaard Depressieve stoornissen*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Meeuwissen, J. A. C., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M., Heemskerk, E., Marez Oyens, I., de Rozema, J. S., & Stikkelbroek, Y. A. J. (2014). *Onderbouwing Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Mérelle, S., Bergen, D., van, Balt, E., Looijmans, M., Rasing, S., Domburgh, L., van, Nauta, M., Sijperda, O., Roosjen-de Feiter, M., Mulder, W., Gilissen, R., Franx, G., Creemers, D., & Popma, A., (2019). *Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: Een verdiepend onderzoek*. 113 Zelfmoordpreventie.
- Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 71*(7), 425-444.
- Monshouwer, K., Smit, F., Ruiters, M., Ormel, H., Verhulst, F., Vollebergh, W., & Oldehinkel, T. (2012). Identifying target groups for the prevention of depression in early adolescence: The TRAILS study. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 287-294.



- 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.
- Oud, M., Winter, L. de, Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., Heuvel, M. van den, Taher, R. al, Graaf, I. de, Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33-45. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.008.
- Oud, M., Zanden, R., van der, Cronenberg, I., & Sinnema, H. (2016) *JGZ-richtlijn Depressie*. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Park, S., & Song, H. (2016). Factors that affect adolescent drug users' suicide attempts. *Psychiatry investigation*, 13(3), 360-363.
- 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.
- Primack, B. A., Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Barrett, E. L., Sidani, J. E., Colditz, J.B., & James, A. E. (2017). Use of multiple social media platforms and symptoms of depression and anxiety: A nationally-representative study among US young adults. *Computers in Human Behavior*, 69, 1-9.
- Przybylski, A. K., & Weinstein, N. (2017). A large-scale test of the goldilocks hypothesis: Quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. *Psychological Science*, 28(2), 204-215.
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269-280.
- Rehkopf, D. H., & Buka, S. L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological medicine*, 36(2), 145-157.
- Rombouts, M., Dorsselaer, S. van, Scheffers-Van Schayck, F., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Monshouwer, K. (2020). *Jeugd en riskant gedrag 2019. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Trimbos-instituut.
- Rooij, A. J. van, & Kleinjan, M. (2020). *Gezond leven in een digitale wereld: Positie paper Trimbos-instituut & Netwerk Mediawijsheid*. Trimbos-instituut en Netwerk Mediawijsheid.
- Rooij, A. J. van, Schoenmakers, T. M., & Mheen, D. van de (2016). *Problematisch Gebruik van sociale media en games*. Geraadpleegd op 20-02-2020, op <https://wij-leren.nl/games-social-media.php>
- Rooijen, K. van (2018). *Preventie en behandeling van depressie. Wat werkt?* Nederlands Jeugdinstituut (Nji).



- Rooijen, K. van, & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*. Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Orden, K. van, & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(3), 255-262.
- Ryan, E. P., & Redding, J. D. (2004). A review of mood disorders among juvenile offenders. *Psychiatric Services*, *55*, 1397-1407.
- Santvoort, F. van, Hosman, C. M., Doesum, K. T. van, & Janssens, J. M. (2013). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(6), 473-484.
- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2018). Maladaptive coping styles in adolescents with Internet gaming disorder symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *16*(4), 905-916.
- Scholte, R. H.,
- Scholte, R. H. J., Wijnhoven, L. A. M. W., Creemers, D. H. M., Vermulst, A. A., & Engels, R. C. M. E. (2013) De effectiviteit van een depressie preventie programma ('Op Volle Kracht') bij adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* *91*, 405-413.
- 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 (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Trimbos-instituut.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(2), 147-155.
- Spoehr, D. (2017). Fake news and ideological polarization: Filter bubbles and selective exposure on social media. *Business Information Review*, *34*(3), 150-160.
- 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.
- Stam, C., & Blatter, B. (2019). *Letseis 2018. Kerncijfers LIS*. VeiligheidNL.
- Stephan, R. A., Alhassoon, O. M., Allen, K. E., Wollman, S. C., Hall, M., Thomas, W. J., Gamboa, J. M., Kimmel, C., Stern, M., Sari, C., Dalenberg, C. J., Sorg, S. F., & Grant, I. (2017). Meta-analyses of clinical neuropsychological tests of executive dysfunction and impulsivity in alcohol use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *43*(1), 24-43.
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 592-607.
- Stevens, G. W. J. M., Dorselaer, S. van, Boer, M., Roos, S. de, Duinhof, E. L., Bogt, T. ter, Eijnden, R. van den, Kyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & Looze, M. de (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Trimbos-instituut & Universiteit Utrecht.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and life-threatening behavior*, *31*(1), 32-40.



- Theunissen, M.H.C., van Harten, L.V., & Pannebakker, F.D. (2019a). *Checklist transitie in zorg 18- naar 18+*. TNO.
- Theunissen, M.H.C., van Harten, L.V., & Pannebakker, F.D. (2019b). *Achtergronddocument Transitietool depressieve-stemmingsstoornissen*. TNO.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 26(1), 46-56.
- Twenge, J. M., Martin, G. N., & Campbell, W. K. (2018). Decreases in psychological wellbeing among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*, 18, 765-780.
- Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J., & Kross, E. (2017). Do Social Network Sites Enhance or Undermine Subjective Well-Being? A Critical Review. *Social Issues and Policy Review*, 11, 274-302
- Vermaes, I. P., & Nijhof, K. S. (2014). Zijn jongeren in jeugdzorgplus anders dan jongeren in de open residentiële jeugdzorg? *Orthopedagogiek: Onderzoek & Praktijk*, 53, 33-46.
- Walker, M (2017). *Slaap. Nieuwe Wetenschappelijke Inzichten over Slapen en Dromen*. De Geus.
- 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.
- Wijnhoven, L. A., Creemers, D. H., Vermulst, A. A., Scholte, R. H., & Engels, R. C. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 217-228.
- 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.
- Wit, C.A.M. de. (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten. De stand van zaken na vijftwintig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, 18, 166-184.
- Yperen, T. van, Berg, G. van den, & Eijgenraam, K., (2002). *Project Registratie Ernst Problematiek. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Jeugd.
- Zanden, R. van der, Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e86.doi: 10.2196/jmir.2033





Bijlage

Leden van de Werkgroep en Klankbordgroep



Herzieningswerkgroep

Dr. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen	Senior wetenschappelijk onderzoeker, psycholoog, Trimbos-instituut (projectleiding)
Drs. N. (Nina) de Ruiter	Klinisch ontwikkelingspsycholoog, projectmedewerker, Trimbos-instituut
Dr. Y.A.J. (Yvonne) Stikkelbroek	Universteit Utrecht, senior onderzoeker, docent orthopedagogiek, GGZ Oost-Brabant, klinisch psycholoog BIG
Drs. C. (Carolien) Konijn	Spirit, onderzoek en ontwikkeling Universiteit van Amsterdam, Ontwikkelingspsychopathologie
Drs. M. (Marjolijn) Besselse	Gedragsdeskundige/orthopedagoog, behandelcoördinator Ipse De Bruggen, Orthopedagoog generalist i.o.
Liesbeth Liesveld - Rigtering	Gedragswetenschapper, Horizon Jeugdzorg Den Haag
Drs. I.E. (Iris) van Wylick	Projectmedewerker, Trimbos-instituut

Meelezers hoofdstuk suïcidaliteit

Nienke Bekkema	Kenniscentrum KJP
Jacquelijne Schraven	Altrecht - jeugd
Donna Post	Leger des Heils – JB Rotterdam
Anne Davidse	Timon
Suzanne van Weelden	Veilig Thuis Utrecht
Dino Garcia Weyzig	Youke
Hetty Vromen	Kenter Jeugdhulp

Ontwikkelwerkgroep

Dr. Y.A.J. (Yvonne) Stikkelbroek	Universitair docent en klinisch psycholoog BIG (voorzitter)
Dr. 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
Dr. P.A.M. (Paula) Speetjens,	Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker



Klankbordgroep bij ontwikkeling

Drs. K. (Kathinka) Knook van Ammers	Gedragwetenschapper 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



