Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren

Richtlijn voor zorg- en hulpverleners

VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

VLESP | Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie

Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren.

Richtlijn voor zorg- en hulpverleners

Auteurs

Dumon, E., Gijzen, M., Schietse, J., Tweepenninckx, J., & Portzky, G.

Met dank aan de teamleden van het VLESP en de klankbordgroep voor de waardevolle input en feedback.

Hoe verwijs je naar deze richtlijn?

Dumon, E., Gijzen, M., Schietse, J., Tweepenninckx, J., & Portzky, G. (2023). Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

INHOUD

OVER DEZE RICHTLIJN 4

Kader en doelstelling 4

Doelgroep 4

Hoe kwam deze richtlijn tot stand? 4

Terminologie 4

Limitaties 5

DEEL 1 - MYTHES & BASISPRINCIPES 6

Uitganspunt: Preventie is mogelijk 6

Mythes over zelfmoord 6

Vier Basisprincipes 6

1. Contact maken 7

2. Veiligheid bevorderen 8

3. Naasten betrekken 8

4. Zorgcontinuïteit faciliteren 10

DEEL 2 - PREVALENTIE 12

1. Suïcides bij kinderen en jongeren 12

2. Suïcidepogingen bij kinderen en jongeren 14

3. Suïcidegedachten bij kinderen en jongeren 14

DEEL 3 - PROCES & FACTOREN 16

1. Hoe ontstaan suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren? 16

2. Welke factoren verhogen het suïciderisico? 18

3. Welke factoren werken beschermend? 23

DEEL 4 - DETECTIE & EXPLORATIE 28

1. Hoe merk je suïcidaliteit op bij kinderen en jongeren? Wat zijn signalen? 28

2. Vanaf welke leeftijd kan je suïcidaliteit bevragen? 30

3. Hoe kan je suïcidaliteit bevragen? 32

4. Hoe exploreer je de suïcidaliteit verder en formuleer je het suïciderisico? 34

DEEL 5 - INTERVENTIES 38

1. Inleiding 38

2. Werken met een Safety Plan 39

3. Psychotherapeutische interventies 43

4. Neurobiologische interventies 48

5. Interventies na een suïcidepoging 56

DEEL 6 - NA EEN ZELFDODING 58

1. Na een zelfdoding: het rouwproces van kinderen en jongeren 58

2. Impact van een suïcide op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren 60

3. Wat helpt kinderen en jongeren? 62

4. Wat doe je als hulpverlener/zorgvoorziening na een suïcide van een kind of jongere? 64

MEER WETEN? 65

REFERENTIES 66

OVER DEZE RICHTLIJN

Kader en doelstelling

Deze richtlijn kadert in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en stelt zich als doel om zorg- en hulpverleners handvatten te bieden in het detecteren en opzetten van interventies bij suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren (tot en met de leeftijd van 18 jaar).

Doelgroep

De adviezen in deze richtlijn hebben betrekking op de doelgroep van kinderen en jongeren tot en met de leeftijd van 18 jaar. Deze richtlijn richt zich primair tot **hulpverleners en begeleiders** binnen de gezondheidszorg (artsen, psychologen, verpleegkundigen, …) en de jeugdhulpverlening, maar kan zeker ook handvatten bieden voor andere professionelen die in contact staan met kinderen en jongeren.

Voor ouders, jeugdwerkers en personen die werken binnen de schoolcontext verwijzen we graag naar volgende tools:

- Website voor ouders: zelfmoord1813.be/ouders
- Infofiches voor het jeugdwerk
- Website voor scholen: zelfmoord1813.be/school

Adviezen over suïcidepreventie bij volwassenen, ouderen en personen met autisme vind je op zelfmoord1813.be/sp-reflex

Hoe kwam deze richtlijn tot stand?

Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) ontwikkelde deze richtlijn met de steun van de Vlaamse Overheid. De adviezen vormen een aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017).

Om de adviezen op te stellen baseerden de auteurs zich op wetenschappelijk onderzoek en internationale richtlijnen. Tijdens de ontwikkeling verleende een klankbordgroep van hulpverleners en andere professionelen input en advies. Zo kon de wetenschappelijke kennis worden omgezet in en aangevuld met praktisch bruikbare aanbevelingen.

TIP Op zelfmoord1813.be/sp-reflex vind je een e-learningmodule die je door de inhoud en aanbevelingen van deze adviezen gidst.

Terminologie

Kinderen en jongeren

In deze adviezen spreken we over kinderen wanneer het specifiek over -12-jarigen gaat. Vanaf de leeftijd van 12 jaar tot en met 18 jaar spreken we over *jongeren*.

Zelfmoord, zelfdoding en suïcide

De termen zelfmoord, zelfdoding en suïcide zijn synoniemen, we gebruiken deze afwisselend in deze tekst. Verder onderscheiden we suïcidale gedachten (denken over zelfmoord) en suïcidaal gedrag (het ondernemen van een zelfmoordpoging die al dan niet fataal kan aflopen). De term suïcidaliteit kan zowel suïcidale gedachten als suïcidaal gedrag omvatten.

Onderzoekstermen

In deze richtlijn verwijzen we naar verschillende vormen van wetenschappelijke studies. Hier bieden we een korte omschrijving van de gebruikte onderzoekstermen:

- Review: een systematische studie waarbij eerder onderzoek wordt samengevoegd om een uitspraak te doen over een bepaalde vraagstelling.
- Meta-analyse: een statistische techniek waarbij resultaten van reeds uitgevoerde onderzoeken samen worden genomen. Deze techniek kan worden gebruikt tijdens een review.
- RCT: gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Engels: RCT, voor Randomized Controlled Trial). Dit type onderzoek beantwoordt de vraag of een interventie werkzaam is. Hierbij worden twee groepen geformeerd, op basis van toeval, waarbij de ene groep de interventie krijgt en de andere groep een andere controle-interventie. De deelnemers in beide groepen zouden vergelijkbaar moeten zijn.
- Casestudie: ook wel gevalsonderzoek genoemd. Een vorm van (kwalitatief) onderzoek waarbij je één of enkele gevallen onderzoekt in de natuurlijke omgeving. Bijvoorbeeld wanneer één patiënt wordt gevolgd tijdens de behandeling en er systematisch en tot in detail wordt beschreven hoe de behandeling verloopt.
- Prospectieve studie: bij een prospectieve studie start de studie in het heden en gaat deze door in de tijd. De deelnemers worden dus vanaf nu gevolgd tot een bepaald moment in de toekomst. Er worden dus nieuwe gegevens verzameld over de tijd heen.
- Longitudinale studie: een studie waarbij dezelfde personen herhaaldelijk worden onderzocht om te bepalen of er na verloop van tijd veranderingen zijn opgetreden.

Niet alle studies zorgen voor even sterke bewijskracht, zo vormen meta-analyses en RCT's sterker bewijs dan bijvoorbeeld een casestudie. Voor het beoordelen en graderen van de kwaliteit van wetenschappelijke studies baseerden de auteurs zich op de GRADE methode (Balshem et al., 2011).

Limitaties

Tekort aan onderzoek

Tijdens de ontwikkeling van deze adviezen met bijhorende literatuurstudie is duidelijk geworden dat de wetenschappelijke basis voor suïcidepreventie-interventies bij kinderen en jongeren schaars is, waardoor de aanbevelingen in deze richtlijnen soms beperkt zijn of eerder gestoeld zijn op praktijkervaring. Er is bijgevolg een prangende nood aan meer onderzoek en meer samenwerking tussen onderzoeks- en zorginstellingen.

Tekort aan capaciteit

De geestelijke gezondheidszorg staat onder druk, in het bijzonder wat hulpverlening aan kinderen en jongeren betreft. Dit maakt preventie moeilijker. Om suïcidepreventie te kunnen optimaliseren, is er bijgevolg nood aan extra ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg.

DEEL 1 - MYTHES & BASISPRINCIPES

Uitganspunt: Preventie is mogelijk

De prevalentie van suïcidale gedachten en gedrag bij jongeren ligt hoog, dit blijkt duidelijk uit onderzoek en de dagelijkse praktijk. Onderzoek naar suïcidepreventie bij kinderen en jongeren is gelukkig bemoedigend. Zowel interventies binnen de hulpverlening als interventies binnen het onderwijs of de maatschappij kunnen doeltreffend zijn in het reduceren van suïcidegedachten en het voorkomen van suïcidaal gedrag (Robinson et al., 2018). **Preventie is dus mogelijk, wanneer we vroegtijdig en diepgaand met het kind en/of de jongere in gesprek kunnen gaan over suïcidaliteit.** Hoe eerder je daarbij kan ingrijpen wanneer er sprake is van suïcidale gedachten of gedrag, hoe meer preventiemogelijkheden dit biedt.

Mythes over zelfmoord

Hieronder lees je enkele mythes over zelfmoord waar je best waakzaam voor bent.

- **"Kinderen/jongeren kunnen geen zelfmoordgedachten ontwikkelen, ze weten niet wat het is."** of **"Zelfdoding is geen thema om met kinderen te bespreken."**

  Dit is een mythe. Onderzoek toont dat kinderen al op jonge leeftijd kunnen begrijpen wat zelfdoding is en ook zelfmoordgedachten kunnen hebben. Ga bij signalen dus altijd in gesprek erover: onderzoek of ze het begrijpen, exploreer de doodswens en vraag naar zelfmoordgedachten wanneer het begrip er is.

- **"Kinderen en jongeren die praten over zelfdoding, doen het niet. Ze willen er enkel aandacht mee trekken/Ze hebben dit gewoon gehoord van anderen."**
  Dit is een mythe. Wanneer kinderen en jongeren praten over zelfdoding is dit een signaal dat het echt niet goed met hen gaat. Beschouw het dus niet als 'aandachttrekkerij' en ga er niet aan voorbij. Neem elk signaal ernstig en ga erover in gesprek, dit is de sleutel naar preventie.

- **"Door zelfmoordgedachten te bevragen bij kinderen en jongeren, breng je hen op ideeën."**
  Dit is een mythe. Suïcidegedachten of suïcidaal gedrag kan niet zomaar ontstaan vanuit een gesprek erover. Aan de basis ligt immers steeds een complex en langdurig proces waarin veel factoren een rol spelen. Door het gesprek erover aan te gaan doorbreek je de stilte en het taboe en maak je preventie mogelijk.

Vier Basisprincipes

Vier basisprincipes staan centraal in de zorg aan kinderen en jongeren met zelfmoordgedachten:

- ✓ **Contact maken** met het kind/de jongere op een manier die aansluit bij hun levensfase en met begrip en interesse voor hun leefwereld. Zo schep je een klimaat waarin je gedachten over de dood en suïcidaliteit openlijk kan bespreken.
- ✓ De **veiligheid** van het kind/de jongere bevorderen. Kinderen/jongeren en hun naaste(n) dienen over inzicht en een plan van aanpak te beschikken om een toekomstige crisis het hoofd te kunnen bieden.

- ✓ **Naasten** betrekken. Het werken aan een zo goed mogelijk contact met de ouderfiguren of andere naasten is in de behandeling van kinderen en jongeren even belangrijk als een goed contact met het kind/de jongere zelf.
- ✓ **Zorgcontinuïteit** bewaken. Hiaten in het zorgtraject kunnen risicovolle momenten zijn en het suïciderisico verhogen. Een goede opvolging van suïcidale kinderen en jongeren vóór, tijdens en na de behandeling is daarom van belang.

1. Contact maken

Een eerste cruciaal element in de behandeling van kinderen en jongeren is het maken van contact, namelijk het opbouwen van een vertrouwensband waarbij er vrijuit over moeilijke thema's zoals suïcidaliteit kan worden gesproken.

Stem je contact af op de **specifieke levensfase, de diverse levenservaringen en de unieke culturele context** van de jongere. Ga daarbij zo **inclusief** mogelijk te werk en houd rekening met mogelijke drempels die jongeren kunnen ervaren (bv. doordat zij deel uitmaken van een minderheidsgroep omwille van hun genderidentiteit, seksuele oriëntatie, etniciteit, religie of beperking). Bevraag bijvoorbeeld proactief op welke manier de jongere wil communiceren, welke termen je beter wel of niet gebruikt, hoe comfortabel ze zich voelen in het bespreken van bepaalde topics en welke visie ze hebben op suïcidaliteit en onderliggende oorzaken. Dit kan bijdragen tot een cultuursensitievere hulpverlening en een sterkere therapeutische relatie (Rogers & Russell, 2014).

Geef kinderen, jongeren en hun context ook voldoende **inspraak** en betrek hen bij beslissingen die voor hen van belang zijn om zo betere, meer aangepaste antwoorden te formuleren op hun zorgvragen. Voor advies kan je terecht bij de participatiecoach in jouw regio.

Maar wat vinden kinderen en jongeren zelf belangrijk in relatie tot een hulpverlener?

Een recente studie (Stubbing & Gibson, 2022) legde deze vraag voor aan 100 jongeren (dit omvatte een brede doelgroep en ging niet enkel over suïcidale jongeren). Jongeren gaven daarbij in eigen woorden aan dat ze op zoek zijn naar:

- "Someone like me"
- "Someone I connect with"
- "Someone who protects my space"
- "Someone who treats me as an equal"
- "Someone who works in the right way for me"

Jongeren vinden het dus belangrijk om zich te kunnen **identificeren** met de hulpverlener, echt te connecteren en als gelijke te worden gezien en behandeld. Deel dus ook eens iets over jezelf of ga op zoek naar wat jou met de jongere kan verbinden. Sta in elk geval open om je te kunnen inleven in de identiteit en leefwereld van de jongere. Verdiep je ook in hoe je je hulpverlening inclusiever kan maken om die connectie te kunnen waarborgen.

TIP Is contact maken moeilijk? Dan kunnen visuele tools helpen om het gesprek te starten, de jongere te leren kennen en een band op te bouwen. WAT WAT ontwikkelde een kaartspel dat hierbij kan helpen.

2. Veiligheid bevorderen

Een tweede belangrijk element in de zorg aan jongeren die aan suïcide denken is het bevorderen van hun veiligheid om een mogelijke suïcidale crisis in de toekomst te kunnen vermijden. Je gaat daarbij beter niet restrictief te werk en focust op het bevorderen van autonomie.

× **Wat doe je beter niet?**

Het lijkt misschien logisch om restrictieve veiligheidsmaatregelen in te zetten, zoals de jongere steeds onder toezicht houden, of de jongere in opname plaatsen. Maar dergelijke maatregelen zijn lang niet noodzakelijk noch aangewezen bij elke jongere die met suïcidegedachten kampt. De meeste jongeren met suïcidegedachten gaan immers niet over tot suïcidaal gedrag.

Ook het opstellen van een non-suïcidecontract (dit is een contract waarmee je met de jongere afspreek dat hij/zij/die geen poging zal ondernemen binnen een bepaalde tijd) of het maken van soortgelijke afspraken zijn geen helpende interventies.

✓ **Wat doe je beter wel?**

Exploreer de suïcidaliteit en de achterliggende risico- en beschermende factoren grondig vooraleer over te gaan tot maatregelen. Dit kan aan de hand van de Tool Risicoformulering (zie Deel 4).

Ontwikkel samen met het kind/de jongere en de naaste(n) inzicht en een plan van aanpak en werk aan coping vaardigheden om voorbereid te zijn op een mogelijke toekomstige crisis. Gezien jongeren soms snel de stap van suïcidale gedachten naar gedrag kunnen zetten, is het opmaken van een plan waarmee de jongere zichzelf (met de hulp van naasten) veilig kan houden in een toekomstig crisismoment een must. Dit kan aan de hand van de Safety Planning Tool (zie Deel 4).

3. Naasten betrekken

Het betrekken van naasten in de behandeling van kinderen en jongeren is een must, gezien naasten inzicht en steun kunnen bieden én gezien naasten ook baat hebben bij psycho-educatie.

We focussen hier voornamelijk op de rol van de **ouderfiguur of voogd**. Maar het is misschien niet altijd mogelijk dat zij een actieve rol opnemen. Pols ook welke **andere belangrijke steunfiguren** (bv. uit de schoolcontext, vrije tijd of zorg) er van betekenis zijn en wie de jongere zelf graag wil betrekken in de zorg (Vanlinthout et al., 2020).

Ook bij oudere adolescenten is het aangewezen naasten steeds te betrekken bij het onderzoeken en behandelen van suïcidaal gedrag (Gryglewicz et al., 2014). Het is dus van belang om jongeren hiertoe actief te motiveren en aan te moedigen, ook wanneer de jongere dit eerder niet wil of nodig vindt, exploreer dan wat de redenen hiervoor zijn.

TIP Op zoek naar informatie over wetgeving?

- Hier vind je meer informatie over wetgeving rondom suïcidaliteit.
- Informatie en advies over kinderrechten in het algemeen en over het Belgisch jeugdrecht in het bijzonder vind je hier.

Vijf redenen om naasten te betrekken

1) Ouderfiguren kunnen unieke inzichten bijbrengen

Ouderfiguren spelen een belangrijke rol bij het in kaart brengen van de context van het kind/de jongere. Ze kunnen inzichten delen die kunnen helpen bij het formuleren van het risico en het identificeren van de zorgnoden.

2) Ouderfiguren kunnen een actieve rol opnemen in de zorg

Ouderfiguren kunnen **ondersteuning** bieden. Ze kunnen het kind/de jongere informatie bieden, motiveren tot hulp, en op weg helpen (Czyz et al., 2018; Glazebrook et al., 2015; Lachal et al., 2018; Ougrin et al., 2015). Bovendien beamen jongeren zelf dat de betrokkenheid van ouderfiguren zinvol is (Kennard et al., 2015).

Met betrekking tot de suïcidaliteit kunnen ouderfiguren een actieve rol opnemen in de opvolging en **monitoring**, aangezien zij vaak in de nabijheid van het kind/de jongere zijn en signalen mogelijk sneller oppikken. Verder kunnen ze een beschermende rol spelen en de **veiligheid** van kinderen en jongeren verhogen tijdens periodes van acute pijn en heftige emoties (Asarnow & Mehlum, 2019).

Houd er wel rekening mee dat zowel de ouderfiguren als het kind/de jongere zich voldoende **vertrouwd en veilig** moeten voelen bij die actieve rol van de ouderfiguren. Ouderfiguren zullen zich meer inzetten wanneer ze vertrouwen hebben in zichzelf en hun relatie met het kind (Ewell Foster et al., 2021). Dat kan een belangrijk eerste werkpunt zijn in de behandeling.

Om een actieve rol te kunnen opnemen, hebben ouderfiguren nood aan **psycho-educatie** over waarschuwingssignalen, hoe de jongere te ondersteunen, hoe de thuisomgeving veilig te houden, … Geef hun dus informatie en tips over hoe ze in gesprek kunnen gaan met hun kind over suïcide (McKay et al., 2022; Omer & Dolberger, 2015). Betrek ook het kind/de jongere in dit gesprek, zodat die zelf kan aangeven wat die al dan niet helpend of ondersteunend vindt.

Beschouw de ouderfiguren dus als **partner** en betrek hen in alle stappen van het zorgtraject (Slovak & Singer, 2012). Motiveer hen om een actieve rol op te nemen om de jongere te kunnen steunen, te motiveren tot hulp en de thuisomgeving veilig te houden (White, 2016).

3) Ouderfiguren hebben nood aan ondersteuning

Omgaan met de suïcidaliteit van een kind of jongere brengt veel zorgen met zich mee. Ouderfiguren hebben ook zelf baat bij ondersteuning en hulp. Dit is des te belangrijker na een suïcidepoging, wat vaak een erg stressvolle periode is waarin persoonlijke ondersteuning en opvolging nodig is (Boussat et al., 2022; Ewell Foster et al., 2021).

Valideer dus de gevoelens en bezorgdheden van ouders en respecteer hun expertise. Bied hen ook voldoende uitleg over suïcidaliteit en de behandeling en over waar zij steun kunnen vinden (Byrne et al., 2008; White, 2016).

TIP Op zelfmoord1813.be/ouders vinden ouders meer informatie en getuigenissen over hoe om te gaan met een kind dat aan zelfdoding denkt.

4) Familiegerichte interventies kunnen helpen

Onderlinge relaties en familiedynamieken hebben een invloed op het gezin, het welzijn en hulpzoekend gedrag van de jongere (Takahashi et al., 2020).

Het kan zinvol zijn hierop in te spelen door het **volledige gezin extra vaardigheden aan te leren**. Heel wat psychotherapeutische interventies zetten daarop in (bv. Dialectische Gedragstherapie, Intensieve Contextuele Therapie, Attachment Based Family Therapy, ...) (McCauley et al., 2018; Santamarina-Perez et al., 2020; Wijana et al., 2018). Zo blijkt bv. dat wanneer ouders sterke oplossingsvaardigheden hebben, dit kan bijdragen tot een vermindering van de suïcidale ideatie bij hun kind (Aiken et al., 2019).

Breng het gezin dus vaardigheden bij om communicatie met elkaar te versterken en conflict constructief op te lossen (White, 2016).

5) Verbondenheid werkt beschermend

Inzetten op het **gevoel van verbondenheid met naasten** is een beschermende factor en bevordert het herstel van de jongere (Czyz et al., 2012; Glazebrook et al., 2015). Ondersteun de jongere dus om de relatie met de ouderfiguren te verbeteren of te herstellen. Een aanklampende aanpak is hier aanbevolen, gezien de ouderfiguren meestal deel uitmaken van de thuiscontext van de jongere (Vanlinthout et al., 2020). In sommige gevallen zal de relatie echter moeilijk of niet te herstellen zijn en zal de focus liggen op het installeren van afstand, veiligheid en het uitbouwen van een ander steunend netwerk dat het herstelproces kan ondersteunen en bevorderen (Vanlinthout et al., 2020).

TIP Op familiereflex.be vind je meer richtlijnen en tips over hoe je naasten van jongeren kan betrekken in de zorg.

4. Zorgcontinuïteit faciliteren

Heel wat drempels bemoeilijken de continuïteit van zorg voor kinderen en jongeren, waaronder de beperkte capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg die vaak wachttijden met zich meebrengt of zorgt voor hiaten binnen het hulpverleningstraject.

Toch wensen we het belang te benadrukken van een goede opvolging van suïcidale kinderen en jongeren, zowel voor, tijdens als na een zorgtraject.

Vóór het zorgtraject

Wanneer de jongere nog geen toegang heeft tot hulp of op een wachtlijst staat kan je wel alvast het gesprek aangaan over de suïcidale gedachten. Je kan samen nadenken over bij wie de jongere terecht kan in de nabije omgeving en over wat voor afleiding en steun kan zorgen. Je kan ook verwijzen naar het platform www.zelfmoord1813.be Je kan samen een Safety Plan opmaken (zie verder), zodat eventuele crisismomenten kunnen overbrugd worden.

Tijdens het zorgtraject

Volg de suïcidaliteit ook tijdens de behandeling goed op. Dat betekent dat je het af en toe herbevraagt of herbespreekt en de zorg daarop afstemt. Zo kan je er bv. tijdens periodes van crisis voor opteren om de jongere vaker te zien.

Na doorverwijzing of ontslag

Er is nood aan een sterkere follow-up van jongeren na een mentale crisis. De periode na ontslag (vnl. vanuit een residentiële setting) staat immers gekend als dé grootste risicoperiode voor het stellen van suïcidaal gedrag (Chung et al., 2017). Verder kan de transitie van kind naar jongere en van jongere tot jongvolwassene voor hiaten in de hulpverlening zorgen, gezien ze dan vaak van hulpverlener of dienst dienen te wisselen.

Zorg ervoor dat de jongere na ontslag bij een **andere hulpverlener of brugfiguur** terecht kan voor mogelijke toekomstige crisismomenten (bv. de huisarts, een ambulant psycholoog,…). Het kan nuttig zijn je aan te sluiten bij een regionaal netwerk, zodat je een zicht hebt op het zorgaanbod in jouw regio.

Zorg ook voor een goede **informatie-overdracht** naar deze hulpverlener. Dit omvat minstens een omschrijving van de suïcidaliteit en optimaal ook een risicoformulering en informatie over safety planning.

Idealiter voorzie je na ontslag nog een **contactname met de jongere** om te polsen hoe het gaat en of de jongere goed is terechtgekomen bij de volgende hulpverlener.

Aanbevelingen - Basisprincipes

- MAAK CONTACT
  - Bouw een goed contact en een vertrouwensband op met het kind/de jongere.
  - Werk inclusief met aandacht voor de leefwereld en context.
  - Schep een klimaat waarin je moeilijke thema's zoals gedachten over de dood en suïcidaliteit openlijk kan bespreken.
  - Geef kinderen en jongeren voldoende inspraak en betrek hen bij beslissingen over de behandeling
- BEVORDER VEILIGHEID
  - Bevorder veiligheid aan de hand van risicoformulering en safety planning.
  - Ga niet te snel over op restrictieve maatregelen.
  - Stimuleer autonomie in het zorgen voor een veilige omgeving.
- BETREK NAASTEN
  - Beschouw naasten als partner en betrek hen in alle stappen van de zorg.
  - Valideer de gevoelens en bezorgdheden van naasten en respecteer hun expertise.
  - Motiveer hen om een actieve rol op te nemen om het kind/de jongere te steunen en de thuisomgeving veilig te houden.
  - Bied psycho-educatie over suïcidaliteit en breng het gezin communicatie- en oplossingsvaardigheden bij.
- FACILITEER ZORGCONTINUÏTEIT
  - Zorg voor een goede opvolging van suïcidale kinderen en jongeren, zowel vóór, tijdens als na de behandeling.
  - Zorg voor een goede informatie-overdracht naar andere hulpverleners.
  - Sluit als hulpverlener aan bij een regionaal netwerk, zodat je een zicht hebt op het zorgaanbod in jouw regio.

DEEL 2 - PREVALENTIE

Hoe vaak komen suïcides, suïcidepogingen en suïcidegedachten voor bij kinderen en jongeren?

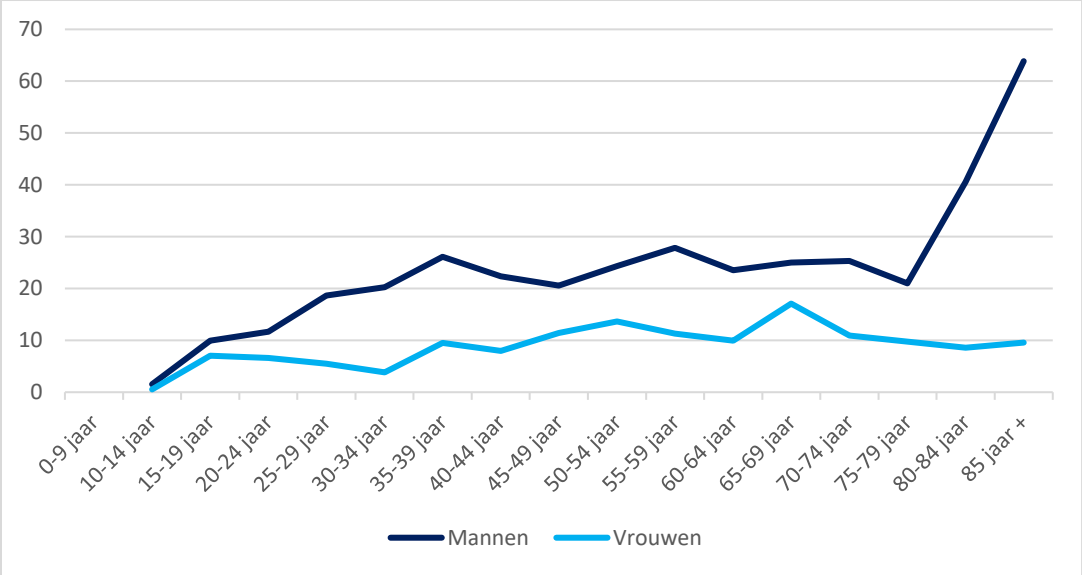
De adolescentie is één van de belangrijkste periodes voor het ontstaan van suïcidaliteit (Nock et al., 2013). In dit deel vind je cijfers over suïcides (zelfmoord met fatale afloop), suïcidepogingen (het ondernemen van een zelfmoordpoging zonder fatale afloop) en suïcidegedachten (denken over zelfmoord) bij kinderen en jongeren in Vlaanderen en internationaal. De meest recente cijfers vind je steeds hier.

1. Suïcides bij kinderen en jongeren

Onder de leeftijd van 14 jaar komt suïcide zelden voor, maar tijdens de adolescentie, vanaf de leeftijd van 15 jaar, stijgt de prevalentie van suïcides. Meer jonge mannen overlijden door suïcide dan jonge vrouwen. Dit geslachtsverschil wordt al duidelijk vanaf een leeftijd van 15 jaar. Figuur 1 geeft weer hoe de suïciderate in Vlaanderen verschilt naargelang leeftijd en geslacht.

In 2020 was suïcide de **belangrijkste doodsoorzaak** bij Vlaamse jongeren tussen 15 tot 19 jaar (Departement Zorg, n.d.). Er overlijden dus meer jongeren aan suïcide dan aan verkeersongevallen. In 2021 overleden er 3 jongeren van 0-14 jaar en 23 jongeren van 15-19 aan suïcide (Departement Zorg, 2023). Er waren geen suïcides vóór de leeftijd van 10 jaar. In onderstaande grafiek wordt de suïciderate (per 100.000 inw.) weergegeven. Voor jongeren tussen de 10-14 jaar was de suïciderate voor jongens 1,54 en voor meisjes 0.,4. Voor jongeren tussen de 15-19 jaar was de suïciderate voor jongens 9,95 en voor meisjes 7,01.

Figuur 1. Suïciderate (per 100.000 inw.) per leeftijdsgroep van 5 jaar, per geslacht, 2021.



Bron: Departement Zorg, 2023

Hoe evolueren de suïcidecijfers bij kinderen en jongeren?

Bij **0-10 jarigen** kwam suïcide tot nu nog niet voor in Vlaanderen.

Bij **10-14 jarigen** komen suïcides weinig voor. De aantallen zijn te klein om uitspraken te doen over de evolutie van het aantal suïcides in deze groep.

Bij **15-29 jarige** meisjes veranderde het aantal suïcides niet sterk tussen 2000 en 2021 (stijging van 4%), terwijl het aantal suïcides onder jongens in die leeftijdsgroep wel sterk daalde in die periode (daling van 50% in 2021 ten opzichte van 2000).

Internationale cijfers

Europa

In Europa is zelfdoding de tweede belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren. Jaarlijks stappen 1.200 kinderen en jongeren tussen 10 en 19 jaar uit het leven in Europa (United Nations Children's Fund, 2021). Drie adolescenten per dag overlijden daarmee door suïcide in Europa.

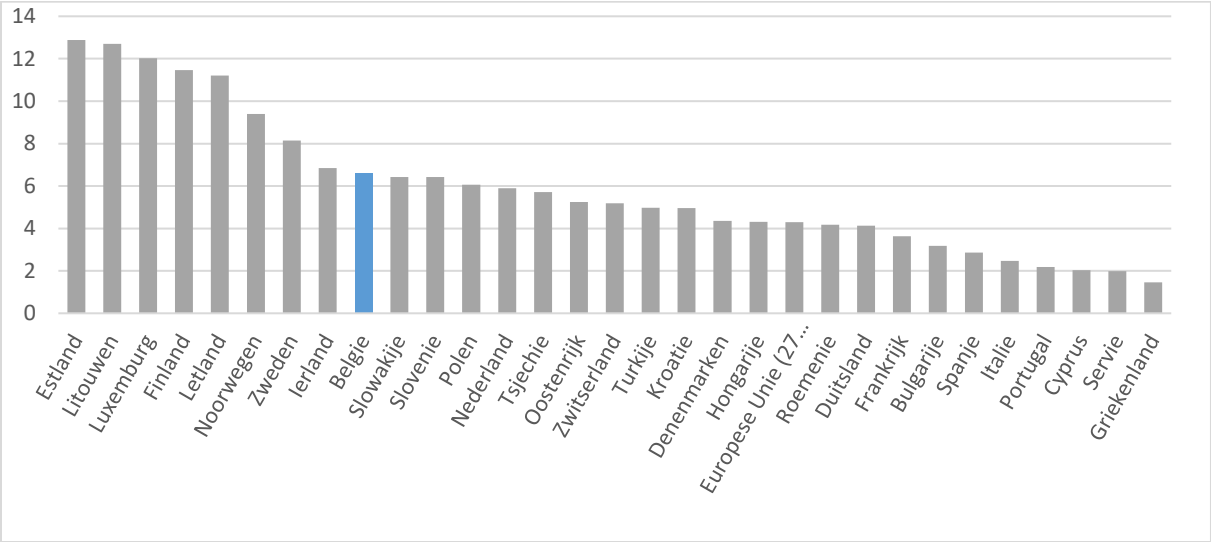
Dit komt neer op een gemiddelde suïciderate van 4,3 per 100.000 adolescenten tussen de 15-19 jaar in 2019 (Eurostat, 2023). In vergelijking met Europa lag de suïciderate in België (6,6) hoger (zie figuur 2).

Gekeken naar de totale bevolking van België (15,2 per 100.000) en Vlaanderen (14,5 per 100.000) is de gemiddelde suïciderate van jongeren lager.

Wereldwijd

Wereldwijd overlijden elk jaar naar schatting 45.800 adolescenten door suïcide, dat komt neer op een adolescent elke 11 minuten (United Nations Children's Fund, 2021). Suïcide is de vierde doodsoorzaak bij jongeren van 15-19 jaar wereldwijd, na verkeersongevallen, tuberculose en interpersoonlijk geweld (World Health Organization, 2021).

Figuur 2. Europese gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000) voor 15-19 jarigen, Europa, 2019.



Bron: Eurostat, 2023.

2. Suïcidepogingen bij kinderen en jongeren

Suïcidepogingen (zonder fatale afloop) komen meer voor tijdens de adolescentie dan in andere leeftijdsgroepen. Meisjes ondernemen daarbij meer suïcidepogingen dan jongens (Vancayseele et al., 2023).

- 1,1% van de suïcidepogingen die worden aangemeld op de spoeddiensten in Vlaanderen in 2022 werden ondernomen door jongens tussen de 10-14 jaar, en 2% door meisjes tussen de 10-14 jaar. Dit is lager dan het aandeel van de meeste andere leeftijdsgroepen.
- 6,6% van de suïcidepogingen die worden aangemeld op de spoeddiensten in Vlaanderen in 2022 werden ondernomen door jongens tussen de 15-19 jaar, en 15,2% door meisjes tussen de 15-19 jaar. Dit is voor meisjes hoger dan het aandeel van alle andere leeftijdsgroepen.

Uit cijfers gebaseerd op aanmeldingen op de **spoeddiensten** in Vlaanderen in de periode 2012-2021 (Vancayseele, 2023) blijkt dat:

- De meeste suïcidepogingen (over alle leeftijden heen) worden ondernomen in de leeftijdsgroep van 15-18 jaar. Meisjes meer suïcidepogingen ondernemen dan jongens.
- Suïcidepogingen voorkomen vanaf de leeftijd van 8 jaar.

3. Suïcidegedachten bij kinderen en jongeren

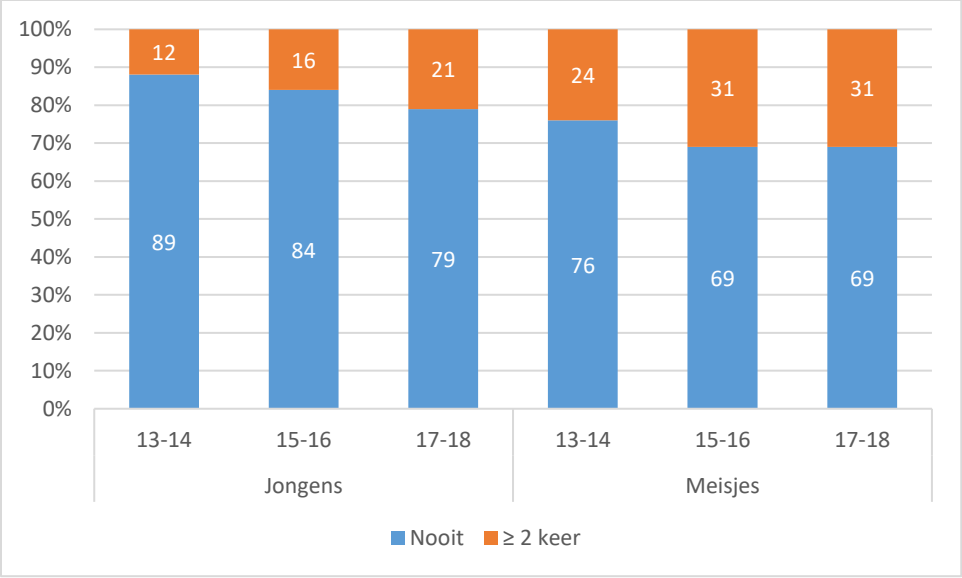
Suïcidegedachten komen meer voor tijdens de adolescentie dan in andere leeftijdsgroepen. De prevalentie van suïcidale gedachten verschilt per geslacht en onderwijsvorm.

Uit de **Gezondheidsenquête** van 2018 kwam naar voren dat 12,9% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht (Gisle et al., 2020). Bij jonge vrouwen lag dit percentage hoger. Bijna **20% van de jonge vrouwen (15-24 jaar) en 11% van de jonge mannen (15-24 jaar) dacht ernstig aan suïcide in de loop van hun leven.**

De Studie Jongeren en Gezondheid uit 2022 bij **13- tot 18-jarigen** toonde dat **16,3% van de jongens en 28,3% van de meisjes** ooit al twee keer of meer aan zelfmoord dacht (Schrijvers et al., 2023). De

prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt. Zie figuur 3.

Figuur 3. Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.



Bron: Schrijvers et al., 2023

In de gesprekken die bij de **Zelfmoordlijn** gevoerd worden, is er eveneens een verschil zichtbaar naar leeftijd. De meeste acute situaties zijn te vinden bij oproepers in de leeftijd van 10-19 jaar, waarbij in 6% van de gesprekken een suïcidepoging bezig is (Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw, 2023).

Te Onthouden

- Onder de leeftijd van 14 jaar komen **suïcides** zelden voor, maar vanaf 15 jaar stijgt het suïciderisico. Bij Vlaamse jongeren van 15 tot 19 jaar is suïcide de belangrijkste doodsoorzaak.
- Meer jonge mannen overlijden door suïcide dan jonge vrouwen.
- Meer jonge vrouwen ondernemen (niet-fatale) **suïcidepogingen** dan jonge mannen en dan andere leeftijdsgroepen.
- Meer jonge vrouwen (28,3%) dachten al twee keer of meer aan zelfmoord, dan jonge mannen (16,3%).

Aanbeveling

Gezien de hoge prevalentie van suïcidegedachten en pogingen bij jongeren - wat een belangrijke risicofactor is voor suïcidaal gedrag op latere leeftijd - en gezien dit proces al op heel jonge leeftijd kan starten is dit een thema dat niet onbesproken mag blijven in de hulpverlening. **Vroegdetectie is de eerste stap in preventie.**

DEEL 3 – PROCES & FACTOREN

Hoe verloopt het suïcidale proces bij kinderen en jongeren en welke factoren hebben een invloed?

Dit deel biedt inzicht in het suïcidale proces en factoren die een rol spelen in het ontstaan van suïcidegedachten en suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren. Het meeste onderzoek hiernaar richt zich op jongeren, veelal vanaf een leeftijd van 12 jaar. Er is dus minder bekend over leeftijdsspecifieke factoren bij kinderen jonger dan 12 jaar.

Klinische vragen

- Hoe ontstaan suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren?
- Hoe verloopt het suïcidale proces bij kinderen en jongeren?
- Welke factoren verhogen het suïciderisico bij kinderen en jongeren?
- Welke factoren beschermen kinderen en jongeren?

1. Hoe ontstaan suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren?

Nooit één factor

Net zoals bij andere leeftijdsgroepen ontstaan suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren steeds vanuit een **complexe interactie** van factoren die neurobiologisch, psychiatrisch, psychologisch en sociaal van aard kunnen zijn. Een suïcide kan dus nooit verklaard worden vanuit één specifieke factor of trigger. Meer over verklarende modellen lees je hier *(link nr MDR)*.

Wat kenmerkt het suïcidale proces?

Ook bij kinderen en jongeren wordt suïcidaal gedrag voorafgegaan door een **proces**, beginnend met een eerste gedachte, naar meer concrete plannen, tot het uitvoeren van een suïcide(poging). Meer informatie en een educatieve video over het suïcidale proces vind je hier.

Bij kinderen en jongeren wordt dit proces echter **niet altijd herkend**. Hierdoor kan het lijken alsof zij als het ware vanuit het niets een suïcidepoging of suïcide ondernemen, terwijl daar vaak veel gedachten aan zijn voorafgegaan en verschillende factoren in hebben meegespeeld. **De overgang van suïcidale gedachten naar gedrag kan bij jongeren wel plots en impulsief gebeuren**.

Dit blijkt onder meer uit onderzoek naar het profiel van jongeren die na een poging werden aangemeld op de spoeddiensten in Vlaamse ziekenhuizen (periode 2012-2021) (Vancayseele, 2023). We lichten hieronder enkele bevindingen uit dit onderzoek toe m.b.t. motieven voor de poging en de mate van impulsiviteit.

Wat zijn motieven voor een suïcidepoging?

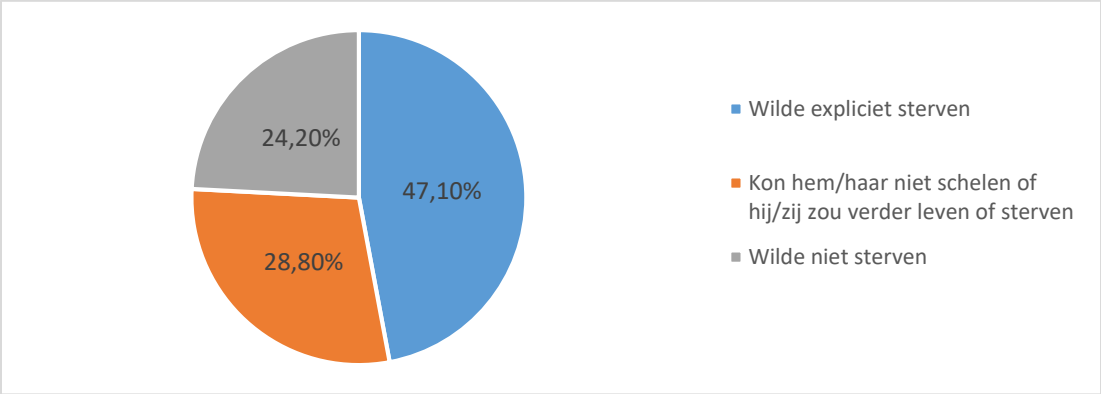
Niet elke jongere die een suïcidepoging onderneemt, wil daadwerkelijk sterven. Iets minder dan de helft van de jongeren gaf expliciet aan te willen sterven, zie figuur 4. Bijna één op de vier jongeren (24,2%) gaf duidelijk aan niet te willen sterven. Dit percentage was significant hoger bij 10-14-jarigen dan bij 15-18-jarigen (31,4% vs. 23,2%).

De belangrijkste **motieven** die werden aangegeven om een suïcidepoging te ondernemen waren:

- Willen sterven (46,9%)
- Zich in een ondraaglijke situatie bevinden (43,2%)
- Een gevoel te willen ontsnappen (weg willen) (39,8%)
- Het hebben van vreselijke gedachten (31,2%)

Dit is niet zo anders als bij volwassenen: de doodsintentie is bij jongeren dus ongeveer even vaak aanwezig als bij volwassenen.

Figuur 4. Mate van ambivalentie bij jongeren tussen de 10-18 jaar die na een suïcidepoging werden aangemeld op de spoeddiensten in Vlaanderen, (K)IPEO-data, 2012-2021.



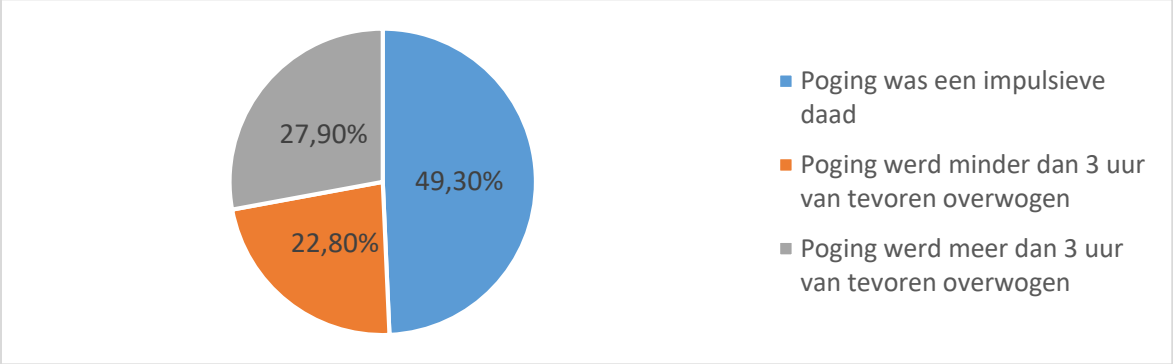
Bron: Vancayseele, 2023.

Hoe impulsief gebeurt een suïcidepoging?

Bijna de helft van de jongeren gaf aan dat de suïcidepoging impulsief was gebeurd, zie figuur 5. Slechts 28% gaf aan dat de poging meer dan 3 uur van tevoren werd overwogen. Dit wil niet zeggen dat er nog geen sprake was van suïcidegedachten bij deze jongeren. Echter, jongeren hebben minder vaak van tevoren al een concreet plan uitgedacht en handelen op dat moment impulsief.

Dit toont dat **jongeren snel de overgang van gedachten naar gedrag kunnen maken en een concreet plan vaak niet op voorhand is uitgedacht**.

Figuur 5. Mate van impulsiviteit bij jongeren tussen de 10-18 jaar die na een suïcidepoging werden aangemeld op een spoeddienst in Vlaanderen, (K)IPEO-data, 2012-2021.



Bron: Vancayseele, 2023.

2. Welke factoren verhogen het suïciderisico?

Een verscheidenheid aan factoren kunnen een invloed hebben op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren (zie kader 1). De aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren betekent daarbij niet dat een kind of jongere sowieso suïcidaal gedrag zal ontwikkelen. Wanneer een kind of jongere met suïcidale gedachten zit, is het wel nuttig om deze risicofactoren in kaart te brengen.

Kader 1. Overzicht van risicofactoren en beschermende factoren van suïcidaal gedrag bij jongeren.

Risicofactoren	1. Genetische en neurobiologische factoren
	2. Psychologische factoren
	3. Socio-demografische factoren (waaronder armoede)
	4. Genderidentiteit en seksuele oriëntatie
	5. Psychische problemen (waaronder zelfbeschadiging en eerder suïcidaal gedrag)
	6. Familiale factoren
	7. Ingrijpende levensgebeurtenissen (waaronder geweld en verlieservaringen)
	8. Blootstelling aan suïcide
	9. Toegang tot middelen
Beschermende factoren	1. Sociale verbondenheid
	2. Coping vaardigheden
	3. Hulpverlening (bereidheid, toegang, therapeutische relatie)

1. Genetische en neurobiologische factoren

Er is sprake van een familiale overdracht van suïcidaal gedrag en een combinatie van heel wat genetische factoren spelen hier een belangrijke rol in (Lutz et al., 2017; Sokolowski et al., 2016). Het uitgangspunt is het stress-kwetsbaarheidmodel dat suïcidaal gedrag verklaart als het gevolg van een wisselwerking tussen een kwetsbaarheid, zoals bijvoorbeeld een genetische aanleg, en uitlokkende stresserende levensomstandigheden, zoals bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening (Wisłowska-Stanek et al., 2021). Daarbij is er maar weinig onderzoek gedaan bij kinderen en jongeren naar de rol van genetische factoren.

Neuroplasticiteit (d.w.z. het brein ontwikkelt en past zich gedurende de levensduur aan op basis van het leven en de ervaringen) kan ook verminderd zijn bij personen die kampen met suïcidaal gedrag, dit leidt ertoe dat zij minder in staat zijn om adequate copingstrategieën en probleemoplossende vaardigheden in te zetten (Wisłowska-Stanek et al., 2021; Turecki, 2014).

2. Psychologische factoren

Er zijn verschillende psychologische factoren die kunnen bijdragen tot het ontstaan van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren.

- **Impulsiviteit** (Brezo et al., 2006; Bridge et al., 2006; McHugh et al., 2019): impulsiviteit verhoogt het risico op suïcidaal gedrag. Impulsief gedrag is zeker tijdens de adolescentie normaal aangezien de hersenen van adolescenten, vooral de frontale kwab, zich nog steeds aan het ontwikkelen zijn. Maar impulsiviteit kan wel een factor zijn die bij de aanwezigheid van suïcidale gedachten, de transitie naar gedrag kan faciliteren.
- **Prikkelbaarheid** (Benarous et al., 2019): jongeren die prikkelbaar zijn kunnen externe stimuli lastiger verdragen en zullen met meer emotie reageren op de omgeving. Net als bij impulsiviteit verhoogt prikkelbaarheid de kans op uitingen van suïcidaal gedrag bij de aanwezigheid van suïcidale gedachten.
- **Perfectionisme** (Bridge et al., 2006; Smith et al., 2018): jongeren met een hoge mate van perfectionisme kunnen heel kritisch zijn op zichzelf. Daardoor kunnen ze tegenslagen heel negatief interpreteren en aan zichzelf toewijzen (Smith et al., 2018). Zij houden zichzelf dus aan een hele hoge standaard, die niet altijd haalbaar is. Suïcidale gedachten kunnen ontstaan wanneer jongeren continu het gevoel hebben niet aan (hun eigen) verwachtingen kunnen voldoen. Bovendien kunnen zij hierbij denken dat zij anderen teleurstellen. Daardoor kan perfectionisme ook leiden tot verminderd sociaal contact, een andere belangrijke factor in de ontwikkeling van suïcidaal gedrag.
- **Ruminatie** (Colmenero-Navarrete et al., 2022; Morrison & O'Connor, 2008): veelvuldig piekeren. Bij jongeren kan het zo zijn dat zij veelvuldig gaan nadenken over hun gedachten over suïcide en proberen om deze gedachten te onderdrukken. Het onderdrukken van gedachten heeft meestal een averechts effect en kan ertoe leiden dat zij het gevoel hebben geen controle meer te hebben over hun suïcidale gedachten. Daardoor kunnen jongeren gaan piekeren over het piekeren. Op die manier kunnen de gedachten elkaar steeds versterken (Meerdinkveldboom et al., 2019).
- **Hopeloosheid** (Brezo et al., 2006; Cha et al., 2018; Kirkcaldy et al., 2006; Steele & Doey, 2007; Witt et al., 2019): Hopeloosheid is een gevoel dat je situatie nooit zal verbeteren of veranderen. Meerdere studies toonden aan dat een gevoel van hopeloosheid aanwezig was bij jongeren die al langere tijd (chronisch) last hebben van suïcidale gedachten (Cha et al., 2018).

- **Gevoel van waardeloosheid** (zoals een laag gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen) (Bridge et al., 2006; Carballo et al., 2020; Cha et al., 2018; Hawton et al., 2012; Sanchez-Teruel & Robles-Bello, 2014): wanneer jongeren het gevoel hebben dat zij er niet toe doen dan verhoogt dit de kans op suïcidaliteit.
- **Coping vaardigheden** (Bilsen, 2018)**:** verwijzen naar vaardigheden die je inzet om met gebeurtenissen in je leven om te gaan. Deze kunnen zowel maladaptief als adaptief zijn. Maladaptieve coping vaardigheden kunnen het risico op suïcidaliteit vergroten, terwijl adaptieve coping vaardigheden een beschermende rol kunnen spelen (hierover lees je meer bij "beschermende factoren". Maladaptieve coping vaardigheden die het risico op suicidaliteit kunnen verhogen zijn:
    - **Probleemoplossende vaardigheden** (Bilsen, 2018): Jongeren die een meer passieve houding hebben in probleemsituaties en daardoor een meer afwachtende houding hadden hebben een verhoogde de kans op suïcidaliteit.
    - **Cognitieve distorsie** (Bilsen, 2018): Een cognitieve distorsie is een overdreven of irrationeel denkpatroon. Jongeren die meer cognitieve distorsie laten zien (zoals zwart-wit denken), hebben een verhoogd risico op suïcidaal gedrag.
    - **Emotieregulatie vaardigheden** (Colmenero-Navarrete et al., 2022): het vermogen om je eigen emotionele reacties te beheersen (Gross, 2002; Koole, 2010). Wanneer een jongere het moeilijk vindt om de eigen negatieve emoties te reguleren dan kan dit bijdragen aan suïcidaal gedrag.

3. Socio-demografische factoren

Geslacht

Suïcide komt vaker voor bij mannen, terwijl suïcidepogingen en suïcidegedachten vaker voorkomen bij vrouwen. Meer hierover lees je in deel 2.

Sociaaleconomische status (SES) en armoede

Sociaaleconomische status (SES) en armoede spelen een rol in het ontwikkelen van suïcidaal gedrag (Rehkopf & Buka, 2006). SES op zich is geen riscofactor, maar een lage SES of armoede gaat wel gepaard met factoren die het risico op suïcidaal gedrag verhogen. Zo kan armoede leiden tot minder toegankelijkheid tot hulpverlening en heeft armoede ook invloed op de leefstijl (Alegria et al., 2018). Bovendien kan het zijn dat er minder toegang is tot goede huisvesting of gezonde voeding en leefstijl, omdat men de middelen niet heeft.

4. Genderidentiteit en seksuele oriëntatie

LGBT+ jongeren (met name homoseksuele, lesbische, biseksuele en transgender jongeren) hebben een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidale gedachten en gedrag (Hatchel et al., 2021).

Eén van de onderliggende factoren is dat LGBT+ jongeren vaak kampen met stigmatisering en vicitmisatie door anderen en zo frequent geconfronteerd worden met sociale uitsluiting, discriminatie en geweld (King et al., 2008; Williams et al., 2021). Het is belangrijk om bij deze jongeren extra alert te zijn, seksuele oriëntatie, genderidentiteit en suïcidaliteit steeds grondig te bevragen en te werken aan inclusieve hulpverlening.

TIPS

- Hier vind je tips voor hulpverlening aan LGBTI+ personen: cavaria.be/we-care.
- Meer over zorg voor transgenderpersonen vind je hier: transgenderinfo.be

5. Psychische problemen en eerder suïcidaal gedrag

Psychische problemen

Suïcidaal gedrag komt vaak voor in de context van een psychische problematiek (Arsenault et al., 2004). Dit is zeker ook het geval bij kinderen en jongeren (Bridge et al., 2006; Gili et al., 2019; Pelkonen & Marttunen, 2003). Met name stemmingsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen (zoals autisme en ADHD), en middelenafhankelijkheid/misbruik worden geassocieerd met suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren (Fleischmann et al., 2005). Daarnaast zien we dat comorbiditeit (wanneer een persoon twee of meer psychiatrische aandoeningen heeft) een sterk verhoogd suïciderisico veroorzaakt, met name de combinatie stemmingsstoornis met middelenmisbruik (Bilsen, 2018).

Eerder suïcidaal gedrag

De grootste voorspeller van suïcidaal gedrag is eerder suïcidaal gedrag (Hulten et al., 2001). Jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen, hebben een **verhoogd risico** om een nieuwe poging ondernemen (Bridge et al., 2006). Het risico is het hoogste in de eerste maand na de eerste poging (Mirkovic et al., 2020). Het is dus van essentieel belang om in kaart te brengen of er al eerder een poging is ondernomen. Daarbij is het van belang dat zorg zo snel mogelijk wordt opgestart om herhaalde pogingen en suïcide te voorkomen (Verwey & Kerkhof, 2000).

Zelfbeschadiging

Naast eerder suïcidaal gedrag is zelfbeschadigend gedrag ook sterk gerelateerd aan suïcide (Whitlock et al., 2013). Bij zelfbeschadiging brengt een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier een fysiek letsel toe, zonder de bedoeling te hebben te overlijden (Claes & Vandereycken, 2007).

Zelfbeschadigend gedrag komt frequent voor bij kinderen en jongeren. In Vlaanderen geeft **27% van de meisjes en 10,5% van de jongens** tussen de 13-18 jaar aan reeds meer dan 1 keer aan zelfbeschadiging te hebben gedaan (Schrijvers et al., 2023). Zelfbeschadigend gedrag komt net als suïcidepogingen en -gedachten vaker voor bij meisjes dan bij jongens.

In onderzoek op spoeddiensten van Vlaamse ziekenhuizen (Vancayseele, 2023) rapporteerde 66,7% van de jongeren (10-18 jaar) die een suïcidepoging ondernam dat zij zelfbeschadigend gedrag stelden. Bij 87,1% van die jongeren was dit minder dan 6 maanden geleden. Wanneer je (signalen van) zelfbeschadiging opmerkt dien je dus alert te zijn voor een mogelijk suïciderisico.

Meer over zelfbeschadiging vind je hier.

6. Familiale factoren

Gezinsproblemen kunnen een rol spelen in de ontwikkeling van suïcidaal gedrag, waaronder een scheiding of ruzies binnen het gezin (Carballo et al., 2020).

Daarnaast zijn er een aantal verschillende manieren waarop het **gedrag van ouders en kinderen** een rol kan spelen bij de ontwikkeling van suïcidaal gedrag, wanneer het kind problemen ervaart:

- Negatieve interacties tussen kind en ouders (Sousa et al., 2017)
- Ouders zijn niet betrokken bij het leven van hun kind (Sousa et al., 2017)

- Ouders hebben geen weet of begrip van klachten (Calati et al., 2019)

Daarnaast hebben kinderen van ouders met een psychiatrische aandoening of afhankelijkheids-problematiek (**KOPP/KOAP doelgroep**) een verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidaal gedrag (Beautrais, 2003; Klimes-Dougan et al., 1999; Weissman et al., 1992).

7. Ingrijpende levensgebeurtenissen

Een groot deel van de jongeren die overlijden door suïcide hebben **stressvolle levensgebeurtenissen en traumatische ervaringen** meegemaakt (Bilsen, 2018; Carballo et al., 2020; Hawton et al., 2012; Serafini et al., 2015). Studies tonen dat volgende levensgebeurtenissen een ingrijpende impact kunnen hebben en het risico op suïcide sterk kunnen verhogen:

- **Pesten** (waaronder ook cyberbullying) (Bilsen, 2018; Brunstein Klomek et al., 2016; Katsaras et al., 2018; Koyanagi et al., 2019);
- **Geweld en misbruik**: fysiek, mentaal en/of seksueel (Cha et al., 2018; Hawton et al., 2012; Serafini et al., 2015). Voornamelijk seksueel misbruik is een belangrijke risicofactor, omdat dit gepaard gaat met gevoelens van schaamte en zelfbeschuldiging (Cha et al., 2018; Serafini et al., 2015);
- **Verlieservaringen** zoals het overlijden van een naaste (Bilsen, 2018; Serafini et al., 2015).

In onderzoek op spoeddiensten in Vlaamse ziekenhuizen (Vancayseele, 2023) rapporteerde 25,5% van de jongeren die een suïcidepoging ondernamen dat ze een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Daarnaast rapporteerde 18,9% dat ze een overlijden van een naaste hadden meegemaakt.

TIP Houd naast deze ingrijpende gebeurtenissen ook rekening met **leeftijdsspecifieke stressoren.** Stressoren die voor volwassenen minimaal lijken kunnen bij jongeren immers een belangrijke rol spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag, zoals bijvoorbeeld het verbreken van een romantische relatie, uitdagingen op schoolvlak of druk vanuit de thuiscontext (Rutter, 2007). Neem deze stressoren dus steeds ernstig, ook wanneer deze minder ingrijpend lijken vanuit het oogpunt van een volwassene.

8. Blootstelling aan suïcide

Blootstelling aan een suïcide in de omgeving (bij familie, vrienden of andere naasten) of in de media kan voor kwetsbare jongeren het risico verhogen om ook zelf suïcidale gedachten of gedrag te ontwikkelen. Uit onderzoek op spoeddiensten in Vlaamse ziekenhuizen (Vancayseele, 2023) bleek dat **17,4%** van de jongeren (10-18jaar) die een suïcidepoging ondernam geconfronteerd waren geweest met een suïcide in hun nabije omgeving.

Blootstelling binnen de familie

Suïcidaal gedrag komt bijvoorbeeld soms vaker voor binnen families (Brent & Melhem, 2008; Pedersen & Fiske, 2010; Tidemalm et al., 2011). Dit komt, naast genetische factoren, gedeeltelijk doordat sociale en omgevingsfactoren gelijk zijn binnen families (Zalsman et al., 2008). Je hebt namelijk dezelfde mensen en omgeving om je heen als je familie. Daarnaast speelt de onderlinge band tussen ouders en kind ook een belangrijke rol (Hua et al., 2020).

Kopieer of imiteergedrag

Daarnaast hebben jongeren een verhoogd risico op kopieer/imiteer gedrag (Gould et al., 2003). Clustering van suïcides komt bijvoorbeeld vaker voor bij adolescenten dan bij oudere leeftijdsgroepen (Niedzwiedz et al., 2014). Dit kan deels gewijd worden aan het feit dat jongeren sneller bevriend zullen zijn met jongeren met gelijkaardige kenmerken en risicofactoren of met jongeren met gelijkaardige ideeën over suïcidaliteit (Hawton et al., 2020).

Blootstelling via media

Blootstelling aan zelfdoding via media (bijvoorbeeld het lezen over of zien van een suïcide in het nieuws, een televisieserie of online media) kan eveneens een negatieve impact hebben op suïcidaal gedrag en kan voor kwetsbare mensen de drempel naar zelfmoord juist verlagen (Durkee et al., 2011; Hawton et al., 2020). Media kunnen echter ook een belangrijke beschermende rol innemen, wanneer het rapporteren over suïcidaliteit voldoet aan de mediarichtlijnen (Niederkrotenthaler et al., 2020). Vlaamse mediarichtlijnen over hoe suïcidaliteit zorgvuldig aan bod kan komen in de media vind je hier.

TIP Zorg voor een goede opvang van kinderen en jongeren na bloostelling aan suïcide en breng deze ervaringen in rekening als een risicoverhogende factor voor suïcidaliteit.

9. Toegang tot middelen

Toegang hebben tot middelen of methodes om tot suïcide over te gaan is een belangrijke **drempelverlagende factor** voor suïcide (Yip et al., 2012). Wanneer middelen gemakkelijk beschikbaar zijn (bv. bepaalde medicatie) of toegankelijk zijn (bv. bepaalde plaatsen), kan de stap naar suïcide gemakkelijker en sneller worden gezet. Het beperken van de toegang tot middelen is dan ook een effectieve preventiestrategie (Yip et al., 2012; World Health Organization, 2021), die zeker ook bij jongeren van belang is gezien een poging vaak impulsief gebeurt.

3. Welke factoren werken beschermend?

Naast risicofactoren zijn er ook factoren die ervoor kunnen zorgen dat suïcidaal gedrag zich minder snel zal ontwikkelen, zoals zich verbonden voelen met een sociaal netwerk of het hebben van toegang tot professionele hulp. Er is echter minder onderzoek naar beschermende factoren bij kinderen en jongeren, waardoor onderstaande informatie daarover nog beperkt is. Ondanks de beperkte kennis erover, is het essentieel deze factoren mee in rekening te brengen bij het formuleren van het risico en het bepalen van de behandelsetting en verdere zorg.

1. Sociale verbondenheid

Sociale verbondenheid speelt op alle leeftijden een belangrijke rol. Dit houdt in dat **je het gevoel hebt bij een groep te horen of je emotioneel betrokken voelt** bij anderen (Whitlock et al., 2014). In de adolescentie vindt er een belangrijke ontwikkeling plaatsvindt, waarbij sociale relaties zich verplaatsen van ouders naar leeftijdsgenoten (Heinrich & Gullone 2006). Uit onderzoek blijkt dat sociale verbondenheid met familie/ouders, leeftijdsgenoten en school (zowel met de personen op school, zoals leerkrachten, maar ook je thuis voelen in het algemeen op de school) een belangrijke beschermende factor kunnen zijn die suïcidaal gedrag kunnen tegengaan (Whitlock et al., 2014).

Daarnaast kan religie een beschermende rol spelen, omdat dit ook kan zorgen voor een gevoel van verbondenheid (Ati et al., 2020; Van Ness & Larson, 2002). Religie werkt echter niet altijd beschermend, het kan immers dat kinderen en jongeren zich niet thuis voelen in die religie of conflicten ervaren, wat bijvoorbeeld soms voorkomt bij LGBT+ jongeren (McCann et al., 2020).

TIP Breng de sociale omgeving van het kind/de jongere in kaart, let daarbij vooral ook op de mate waarin ze zich subjectief verbonden voelen met anderen. Deze informatie is tevens van belang om op te nemen in de risicoformulering en het Safety Plan.

2. Coping vaardigheden

Coping vaardigheden verwijzen naar vaardigheden die je inzet om met gebeurtenissen in je leven om te gaan. Meerdere studies toonden aan dat coping vaardigheden een beschermende rol spelen en suïcidaal gedrag kunnen tegengaan (Shahram et al., 2021). Zeker wanneer er sprake is van negatieve levensgebeurtenissen, zijn coping vaardigheden van groot belang (McLean et al., 2008).

Welke vaardigheden kunnen helpen?

- **Cognitieve vaardigheden** (Ati et al., 2020): vaardigheden die nodig zijn om informatie te verwerken, onthouden en organiseren (Fusar-Poli et al., 2020);
- **Emotieregulatie vaardigheden** (Ati et al., 2020; Colmenero-Navarrete et al., 2022): het vermogen om je eigen emotionele reacties te beheersen (Gross, 2002; Koole, 2010);
- **Probleemoplossende vaardigheden** (Ati et al., 2020): vaardigheden die nodig zijn om een probleem te (h)erkennen en aan te pakken of op te lossen.

Welke coping strategieën hanteren jongeren?

In het omgaan met problemen of moeilijke situaties maken we een onderscheid tussen:

- Probleemgerichte coping: wanneer je de oorzaak van een probleem probeert aan te pakken;
- Emotiegerichte coping: wanneer je de negatieve emoties die met de problemen gepaard gaan probeert te hanteren.

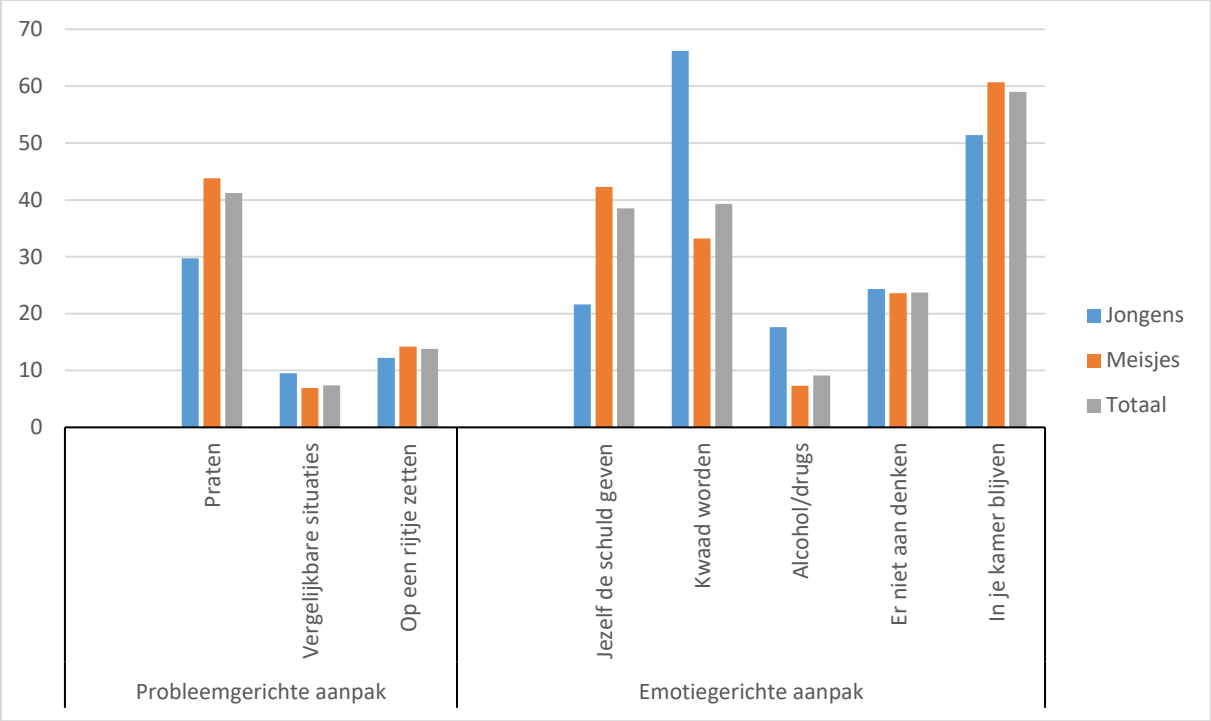
In onderzoek op Vlaamse spoeddiensten (Vancayseele, 2023) gaf 75% van de jongeren (10-18 jaar) die een poging achter de rug hadden aan een emotiegerichte aanpak te hanteren en 52% een probleemgerichte aanpak. De oudere leeftijdsgroep (15-18 jaar) rapporteerde daarbij vaker emotiegerichte coping (77%) dan de jongere leeftijdsgroep van 10 tot 14 jaar (67%).

Figuur 6 biedt een overzicht van coping strategieën die jongeren rapporteerden in dit onderzoek.

- Wat **probleemgerichte coping** betreft, gaf 41% van de jongeren geeft aan dat ze met iemand **praten** over hun problemen. Meisjes hanteren deze strategie significant meer dan jongens (44% vs. 30%). Een kleiner aantal jongeren denkt aan hoe men ermee is omgegaan in vergelijkbare situaties of probeerde de dingen op een rijtje te zetten. Hier konden geen significante verschillen in geslacht of leeftijd worden waargenomen.
- Met betrekking tot **emotiegerichte coping** gaf meer dan de helft van de jongeren (59%) aan zich terug te trekken in hun **kamer** om met een moeilijke situatie om te gaan. Jongeren tussen de 10 en 14 jaar gaven deze strategie significant vaker aan dan jongeren tussen de 15 en 18 jaar (69% vs. 56%). Daarnaast geeft 39% van de jongeren aan de **schuld van de problemen bij zichzelf** te leggen**,** dit kwam significant meer voor bij meisjes dan bij jongens (42% vs. 22%). Verder uit 39% hun **boosheid**, jongens gaven dit significant vaker aan dan meisjes (66% vs.

33%) en 24% gaf aan te proberen **niet aan de zorgen te denken**. Een kleiner aantal (9%) gaf aan **alcohol of drugs** te gebruiken, dit werd significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (18% vs. 7%).

Figuur 6. Gerapporteerde coping strategieën bij jongeren tussen de 10-18 jaar die na een suïcidepoging werden aangemeld op een spoeddienst in Vlaanderen, KIPEO-data, 2012-2021.



Bron: Vancayseele, 2023.

TIP Zowel het motiveren tot contact zoeken en praten, het versterken van cognitieve coping vaardigheden, als het reguleren van emoties zoals boosheid en schuldgevoelens kunnen belangrijke ankerpunten voor interventies zijn.

3. Hulpverlening

Het openstaan voor en vinden van hulp kan jongeren beschermen tegen suïcidaal gedrag.

Jongeren staan veelal **open voor professionele hulp**. Uit onderzoek op Vlaamse spoeddiensten blijkt dat 84% van de jongeren (10-18 jaar) na een suïcidepoging openstaat voor verdere begeleiding (Vancayseele, 2023). Slechts een minderheid geeft aan géén verdere begeleiding te willen (10%) of staat er neutraal tegenover (6%). Verder is het hebben van een **goede therapeutische relatie** een belangrijke beschermende factor (Meerdinkveldboom et al., 2019). Daar liggen dus veel kansen voor preventie.

Ondanks dat jongeren wel open staan voor professionele hulp na een suïcidepoging zijn de meeste jongeren niet snel geneigd om hulp te zoeken voor mentale problemen, waaronder suïcidaal gedrag (Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2021). Daarnaast is het ook zo dat de toegang tot hulp niet voor

iedere jongere vanzelfsprekend is. Jongeren motiveren tot het zoeken van hulp en de drempel verlagen zijn dus belangrijke werkpunten.

Te Onthouden

- Suïcidaal gedrag is complex en ontstaat vanuit een interactie tussen neurobiologische, psychiatrische, psychologische en sociale factoren.
- Slechts bij een minderheid van de Vlaamse jongeren is er sprake van een vooraf uitgedacht plan.
- Risicofactoren zijn factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan en het verloop van suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld het hebben van een psychische problematiek of het meemaken van ingrijpende levensgebeurtenissen.
- Er is nooit één risicofactor die leidt tot de ontwikkeling van suïcidaal gedrag.
- De aanwezigheid van risicofactoren leidt niet altijd tot suïcidaal gedrag, maar de kans erop is wel vergroot.
- Beschermende factoren zijn factoren die ervoor kunnen zorgen dat suïcidaal gedrag zich minder snel zal ontwikkelen. Bijvoorbeeld een goed netwerk, coping strategieën of beschikbare hulp.

Aanbevelingen – Proces & Factoren

- ✓ Breng per individu in kaart welke risicofactoren en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn. Zo krijg je een goed zicht op de suïcidaliteit.
- ✓ Pols naar volgende risicofactoren:
  - PSYCHOLOGISCHE FACTOREN: in welke mate...
    - ...is het kind/de jongere impulsief?
    - ...is het kind/de jongere prikkelbaar?
    - ...is het kind/de jongere perfectionistisch?
    - ...is het kind/de jongere een piekeraar?
    - ...ervaart het kind/de jongere gevoelens van hopeloosheid en waardeloosheid?
  - SEKSUELE ORIËNTATIE EN GENDERIDENTITEIT
    - Hoe ervaart de jongere diens seksuele oriëntatie?
    - Hoe ervaart het kind/de jongere diens genderidentiteit?
    - In welke mate is er zelfaanvaarding?
    - In welke mate is er aanvaarding door de omgeving?
  - PSYCHISCHE PROBLEMEN
    - Met welke psychische problemen worstelt het kind/de jongere? Is er bv. sprake van depressie, angst, een eetstoornis of een ontwikkelingsstoornis?
    - Is er sprake van zelfbeschadiging (recent + historiek)?
    - Is er sprake van ander risicogedrag?
    - Ondernam het kind/de jongere ooit een suïcidepoging?
  - SOCIALE CONTEXT
    - Hoe is de relatie met de ouders?

        - Doen of deden er zich in de familie psychische problemen voor?
        - Hoe is de relatie met vrienden?
        - Hoe is de schoolcontext en ervaren druk?
        - Is er sprake van sociale isolatie en/of uitsluiting?
    - INGRIJPENDE LEVENSGEBEURTENISSEN
        - Werd het kind/de jongere geconfronteerd met geweld (verbaal, emotioneel, fysiek of seksueel)?
        - Maakte het kind/de jongere een verlieservaring mee (relatiebreuk, overlijden, …)?
    - BLOOTSTELLING
        - Werd het kind/de jongere al blootgesteld aan suïcidaal gedrag dat een impact naliet: in de omgeving, in de media, of online?
- ✓ Pols naar volgende beschermende factoren:
    - Het sociale netwerk en de mate van verbondenheid
    - De coping vaardigheden
    - De openheid ten aanzien van professionele hulp en de mate waarin deze hulp voorhanden is

DEEL 4 - DETECTIE & EXPLORATIE

Hoe detecteer en exploreer je suïcidaliteit bij kinderen en jongeren?

Klinische vragen

- Hoe merk je suïcidaliteit op bij kinderen en jongeren? Wat zijn signalen?
- Vanaf welke leeftijd kan je suïcidaliteit bevragen?
- Hoe kan je suïcidaliteit bevragen bij kinderen en jongeren?
- Hoe kan je suïcidaliteit verder exploreren bij kinderen en jongeren?

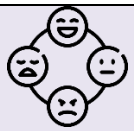
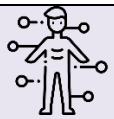
1. Hoe merk je suïcidaliteit op bij kinderen en jongeren? Wat zijn signalen?

Jongeren uiten zelfmoordgedachten minder vaak dan volwassenen. Het is dus van belang alert te zijn voor **signalen** die kunnen wijzen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten en hierover in gesprek te gaan (Younes et al., 2013).

Tabel 1 toont een overzicht van mogelijke signalen (Becker & Correll, 2020; Calati et al., 2019; Dilillo et al., 2015; Hill et al., 2021; Kalmár, 2013; Mars et al., 2019).Deze signalen wijzen uiteraard niet altijd op suïcidaliteit en kunnen ook een signaal zijn van een andere problematiek. Erover in gesprek gaan is dus essentieel.

Onthoud ook dat jongeren vaak **impulsief handelen** bij het ondernemen van een suïcidepoging en er dus niet altijd sprake is van een duidelijk plan of uitgesproken doodswens (Becker & Correll, 2020; Chun et al., 2013, Vancayseele, 2023).

Tabel 1. *Mogelijke signalen voor zelfmoordgedachten bij kinderen en jongeren.*

Uiten van Gedachten	 Uiten van Gevoelens	Veranderingen in Gedrag	 Fysieke signalen
Ongewone belangstelling voor en preoccupatie met de dood	Hopeloosheid	Risicogedrag (alcohol, drugs, verkeer)	Vermoeidheid
Geen redenen zien om te leven	Het gevoel vast te zitten	Zich terugtrekken van familie, vrienden	Slaapproblemen
Zelfmoordgedachten	Eenzaamheid, zich niet verbonden voelen	Weggeven van persoonlijke voorwerpen	Concentratie- of geheugenproblemen
	Spanning of Angsten	Zelfbeschadiging	Verstoord hongergevoel (meer of minder honger hebben dan normaal)
	Stemmingswisselingen	Apathie (gevoelloosheid of onverschilligheid)	
		Maken van zelfmoordplannen of ondernemen van een zelfmoordpoging	

2. Vanaf welke leeftijd kan je suïcidaliteit bevragen?

Suïcidaliteit tijdig bevragen is cruciaal voor de preventie en behandeling ervan. Desondanks kunnen hulpverleners **drempels** ervaren zoals een gebrek aan tijd, vaardigheden, duidelijk protocol of vanuit de angst om suïcidegedachten te bespreken of uit te lokken (Bostwick & Rackley, 2012; Carubia et al., 2016; Newton et al., 2017).

Verder is de leeftijd waarop kinderen de **betekenis van zelfmoord** begrijpen en zelfmoordgedachten kunnen ervaren individueel erg verschillend. Vaak zullen we dit onderschatten, we weten immers dat:

- Zelfmoordgedachten én –pogingen voorkomen bij kinderen. Onderzoek uit de V.S. toont aan dat 15.1% van de -13jarigen ooit al aan zelfdoding dacht en dat 2.6% van de kinderen ooit al een poging ondernam (Liu et al., 2022). Hoewel zeldzaam, zien we in Vlaanderen reeds pogingen vanaf de leeftijd van 8 jaar (Vancayseele, 2023).
- Overlijden door zelfdoding ook voorkomt bij kinderen. Zo overleden er in 2021 3 kinderen tussen 10-14 jaar (Departement Zorg, n.d.). De prevalentie bij kinderen is laag en stijgt vooral in de adolescentie (vanaf de leeftijd van 15 jaar).

Mits voldoende begripsvermogen, bevelen we aan:

- **Om jongeren vanaf de leeftijd van 12 jaar standaard te vragen naar zelfdodingsgedachten.** Deze leeftijd wordt ook aangeraden door de 'American Academy of Pediatrics' (Asarnow & Mehlum, 2019; Dilillo et al., 2015; Hink et al., 2022). Verder is ook het vragen naar **zelfbeschadigend gedrag** aanbevolen, gezien dit een risicofactor is voor (latere) suïcidaliteit.
- **Om kinderen vóór de leeftijd van 12 jaar standaard te vragen naar de aanwezigheid van een doodswens.** En bij (waarschuwings)signalen door te vragen naar gedachten en plannen m.b.t. zelfdoding.

Zie ook onderstaande samenvattende tabel.

Tabel 2. Te bevragen onderwerpen met betrekking tot suïcidaliteit per leeftijdsgroep.

Te bevragen TOPICS	Vóór 12 jaar	Vanaf 12 jaar
Aanwezigheid van een doodswens (+ voorgeschiedenis)	Standaard bij eerste gesprek(ken)	Standaard bij eerste gesprek(ken)
Aanwezigheid van zelfbeschadiging (gedachten, gedrag) (+ voorgeschiedenis)	Bij signalen	Standaard bij eerste gesprek(ken)
Aanwezigheid van zelfmoordgedachten (+ voorgeschiedenis)	Bij signalen	Standaard bij eerste gesprek(ken)

Met welke factoren dien je rekening te houden bij het bevragen van suïcidaliteit?

- **De leeftijd en maturiteit van het kind**

Jonge kinderen begrijpen de betekenis van dood (en dus ook zelfmoord) nog niet. Er zijn 4 componenten die een rol spelen in deze betekenis, namelijk universaliteit (elk levend wezen kan doodgaan), onomkeerbaarheid (als je dood bent kan je niet terug tot leven komen), non-functionaliteit (het lichaam werkt niet meer en kan geen acties uitvoeren) en causaliteit (er zijn verschillende interne of externe factoren die de dood kunnen veroorzaken). Naarmate kinderen ouder worden en afhankelijk van hun cultuur, religie en eerdere verlieservaringen (overlijden), krijgen kinderen een beter begrip van de dood en deze componenten. Gemiddeld vanaf 10 jaar begrijpt een kind wat de dood inhoudt (Fernández-Alcántara et al., 2021; Harris, 2018; Longbottom & Slaughter, 2018), maar kinderen kunnen ook op vroegere leeftijd een doodswens uitspreken. Bij jonge kinderen kan het dus zinvol zijn om een mogelijke doodswens na te gaan. Verder in dit deel vind je voorbeeldvragen.

- **De situatie waarin het kind verkeert**

Traumatische ervaringen of situaties (zoals het meemaken van gezinsconflicten, mishandeling, een suïcide in de omgeving, …) kunnen bijdragen tot een vroegere ontwikkeling van suïcidaliteit (Angelakis et al., 2020). Meer informatie over hoe de situatie van het kind een invloed kan hebben, lees je in het deel ‘Proces en Factoren’.

- **Signalen**

Wanneer er waarschuwingssignalen en risicofactoren zijn of er een vermoeden van suïcidaliteit is, is het belangrijk om suïcidaliteit te bevragen, ongeacht de leeftijd van het kind of de jongere (Asarnow & Mehlum, 2019; Dilillo et al., 2015; Hink et al., 2022).

3. Hoe kan je suïcidaliteit bevragen?

Om de kans op detectie te verhogen is het zinvol om informatie over de suïcidaliteit van het kind/de jongere te verzamelen via meerdere kanalen en op meerdere momenten. Bevraag het zowel via het kind/de jongere als via de ouderfiguur in een persoonlijk gesprek. De informatie uit deze gesprekken kan eventueel aangevuld worden met informatie uit vragenlijsten.

Bevragen bij het kind/de jongere én de naaste(n)

Het is aangeraden om naar suïcidaliteit te polsen bij het kind/de jongere zelf en bij de ouderfiguur of andere belangrijke naaste(n). Dit kan zowel in aparte als gezamenlijke gesprekken. Enkel informatie halen bij het kind of de jongere is niet voldoende aangezien zij de neiging kunnen hebben om de ernst van hun symptomen of hun intenties te minimaliseren (Chun et al., 2013). Enkel informatie bevragen bij de ouderfiguur is ook niet voldoende aangezien zij vaak niet op de hoogte zijn van de suïcidaliteit bij hun kind. Informatie kan namelijk erg verschillen naargelang wie je over de suïcidaliteit bevraagt (Bell et al., 2022; Jones et al., 2019; Klaus et al., 2009; Spears et al., 2023).

Bevragen via gesprekken of vragenlijsten?

Je bevraag suïcidaliteit best in een **persoonlijk gesprek**.

Hoewel **vragenlijsten of gestructureerde interviews** kunnen bijdragen tot meer inzicht, kunnen ze nooit een persoonlijk gesprek vervangen (Becker & Correll, 2020). Het kan wel zinvol zijn om de informatie uit de gesprekken **aan te vullen** met informatie uit vragenlijsten of gestructureerde interviews. Deze kunnen het immers gemakkelijker maken om bepaalde onderwerpen te introduceren, de band tussen de hulpverlener en adolescent verbeteren en voorkomen dat sommige zaken over het hoofd worden gezien (Becker & Correll, 2020; Bradford & Rickwood, 2012; Hill et al., 2021; O'Connor et al., 2013).

Bovendien zijn er aanwijzingen dat kinderen en jongeren mogelijk meer open zijn tijdens een zelfrapportagevragenlijst dan tijdens een gesprek (Babeva et al., 2016). Maar gezien de zeer beperkte evidentie enerzijds en de risico's en beperkte voorspelbaarheid van vragenlijsten anderzijds (zo weten we uit onderzoek bij volwassenen) pleiten we voor voorzichtigheid in het gebruik van vragenlijsten. Gebruik ze dus ter aanvulling en niet ter vervanging van een gesprek.

Voorbeeldvragen

Suïcidaliteit op een **concrete manier** bevragen, draagt bij tot een meer open houding van kinderen en jongeren (Bostwick & Rackley, 2012; Dilillo et al., 2015). Onderstaande voorbeeldvragen (Chun et al., 2013; Dilillo et al., 2015; Gordon & Melvin, 2014) en aandachtspunten (Bostwick & Rackley, 2012) kunnen hierbij helpen (zie tabel 2).

Tabel 2. Voorbeeldvragen en aandachtspunten voor te bevragen topics over suïcidaliteit.

Te bevragen TOPICS	Voorbeeldvragen	Aandachtspunten
Aanwezigheid van doodswens	Denk je soms: - 'ik wil niet meer leven, ik wil liever dood zijn?' - dat je zou willen slapen en niet meer terug wakker worden? *VOORGESCHIEDENIS:* Heb je zo'n gedachten ooit gehad?	Zorg ervoor dat je wanneer er een doodswens is, ook suïcidaliteit concreet bevraagt i.p.v. het vaag of oppervlakkig te verwoorden. **Pas je vragen aan naargelang de leeftijd.** Opteer bij jonge kinderen bv. voor vragen zoals: 'Wil jij er soms niet meer zijn?' 'Wil jij liever bij 'naam overleden persoon' zijn?' Vermijd te vage bewoordingen als 'Wil jij in de hemel zijn?' of 'Wil je een sterretje zijn?'.
Aanwezigheid van zelfverwonding	Heb je soms gedachten over jezelf pijn te willen doen? Doe je jezelf soms bewust pijn? *VOORGESCHIEDENIS:* Heb je ooit zo'n gedachten gehad? Heb je ooit jezelf bewust pijn gedaan?	Vraag verder naar de betekenis van het zelfbeschadigend gedrag.
Aanwezigheid van zelfmoord-gedachten	Denk je soms aan zelfdoding? *VOORGESCHIEDENIS:* Heb je jou ooit zo slecht gevoeld dat je aan zelfdoding dacht? Heb je ooit een poging tot zelfdoding gedaan?	Let op je toon wanneer je dit bevraagt en oordeel niet. Vraag bv. niet 'Je hebt toch geen zelfmoordgedachten hé?' of 'Je zou jezelf toch niks aandoen hé?'

Probeer verder in het gesprek vooral aandacht, begrip en erkenning te geven voor de gedachten, gevoelens en situatie van het kind/de jongere. Vermijd daarbij volgende zaken:

- De stressoren waar het kind/de jongere mee worstelt banaliseren (bv. Iedereen wordt wel eens gepest; Een relatiebreuk kom je snel weer te boven);
- Eenvoudige oplossingen aanreiken (bv. Ga misschien eens wat meer buiten spelen met je vrienden);
- De persoon overtuigen van het waarde van het leven (bv. Het leven is zo mooi, dat zal je nog wel ontdekken);
- Schuld induceren (bv. Dit zou je ouders erg verdrietig maken).
- Geheimhouding beloven (bv. Ik zal het nooit tegen iemand vertellen)

Opvolging

Tot slot kent het suïcidaal proces een erg wisselend verloop waardoor het belangrijk is om suïcidaliteit **regelmatig te (her)bevragen** en evalueren (Gordon & Melvin, 2014). Een eerste bevraging bij de start van het zorgtraject is cruciaal, maar wees ook nadien alert en herbevraag bij signalen en bij transitiemomenten (zoals de overgang tussen 2 afdelingen, het terug naar huis keren na een behandeling,…).

4. Hoe exploreer je de suïcidaliteit verder en formuleer je het suïciderisico?

Om suïcidaliteit verder te exploreren dien je bijhorende gevoelens, gedachten en gedrag van het kind/de jongere in kaart te brengen, alsook onderliggende factoren (Chun et al., 2013; Gordon & Melvin, 2014). Vijf elementen zijn belangrijk om in kaart te brengen.

1. Gedachten en gevoelens

Welke gedachten en gevoelens gaan samen met het denken aan zelfmoord? Om dit te bespreken kan je gebruik maken van de visuals in de Tools rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Mogelijke vragen hierbij zijn:

- Als je aan zelfmoord denkt, welke gedachten komen er dan bij je op? Wat gaat er allemaal om in je hoofd?
- Heb je dan ook bepaalde beelden bij die gedachten?
- Wat voel je bij die gedachten?
- Sinds wanneer heb je deze (zelfmoord)gedachten?

2. Suïcidale intentie

Het is belangrijk een zicht te hebben op de frequentie, intensiteit, mate van controle en ambivalentie van de suïcidale gedachten en mogelijke plannen. Ook hiervoor kan je gebruik maken van de visuals in de Tools rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Mogelijke vragen hierbij zijn:

- Hoe vaak heb je er de afgelopen week (of een andere periode) aan gedacht?
- Hoeveel controle heb je over je gedachten?
- Wat zijn redenen om te blijven leven?
- Hoe sterk is je wens om te sterven?
- Je hebt gedachten over zelfmoord, denk je dan ook soms na over hoe je dit zou doen?

3. Risicofactoren

Dit zijn factoren die het risico op suïcide verhogen, voor een volledige lijst, zie Deel 2. Breng zeker volgende zaken in kaart:

- Voorgeschiedenis (medische problemen, psychische problemen, trauma…) en familiale geschiedenis (psychische problemen/suïcide in de familie)
- Historiek van zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen
- Persoonlijkheid (mate van impulsiviteit)
- Huidige psychische problemen
- Huidige stresserende levensomstandigheden of –gebeurtenissen
- Blootstelling aan suïcide (in de omgeving, in media of online)

Houd voldoende rekening met de **impact van recente gebeurtenissen**. Bij kinderen en jongeren verloopt de overgang van suïcidale gedachten naar gedrag soms sneller. Recente gebeurtenissen zoals conflicten met familieleden (vaak een trigger bij kinderen) en leeftijdsgenoten (vaak een trigger bij adolescenten) kunnen belangrijke aanleidingen zijn.

Bevraag ook welke factoren volgens de jongere aan de basis liggen of een impact hebben op de suïcidegedachten

4. Beschermende factoren en beschikbare hulpbronnen

Dit zijn factoren die het risico op suïcide verlagen, zoals:

- Coping vaardigheden
- Mate van sociale steun
- Mate van sociale verbondenheid
- Toegang tot en openheid t.a.v. professionele hulp

5. Voorspelbare veranderingen

Dit zijn gebeurtenissen in de nabije toekomst die het suïciderisico zouden kunnen doen verhogen of verlagen.

- Vraag waar de jongere naar uitkijkt in de toekomst en waar de jongere tegenop kijkt. Hiermee breng je het toekomstperspectief en mogelijke hopeloosheid (geen positieve zaken in de toekomst zien) in kaart.
- Vraag of er zich gebeurtenissen zouden kunnen voordoen die in het verleden voor onrust of net verbetering zorgden

Om bovenstaande factoren gestructureerd in kaart te brengen kan je gebruik maken van de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (**LOES),** een wetenschappelijk onderbouwd semigestructureerd interview waarmee risicofactoren en zorgbehoeften in kaart worden gebracht. Je kan LOES gebruiken vanaf de leeftijd van 12 jaar. Het is echter steeds belangrijk om authentiek te blijven en je vragen en tempo af te stemmen op de jongere.

OVERZICHT TOOLS

- Om gedachten, gevoelens, de suïcidale ideatie en intentie in kaart te brengen kan je gebruik maken van de visuals in de Tools rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex.
- Om onderliggende relevante factoren te bevragen kan je gebruik maken van het semigestructureerd interview **LOES.** Meer info: zelfmoord1813.be/loes
- Om alles overzichtelijk in kaart te brengen kan je gebruik maken van het **Sjabloon Risicoformulering**. Meer info? zelfmoord1813.be/risicoformulering

Vijf valkuilen bij risico-inschatting

Houd rekening met volgende valkuilen bij risico-inschatting bij jongeren (White, 2016):

1. Ook wanneer de jongere geen suïcidegedachten rapporteert, kan een hoog risico niet worden uitgesloten. Een risico-inschatting mag dan ook daar niet eindigen. Blijf alert voor signalen en bevraag suïcidaliteit op verschillende manieren en herhaaldelijk.
2. De afwezigheid van een historiek van suïcidepogingen betekent niet dat er geen suïciderisico is.
3. De aanwezigheid van slechts een klein aantal risicofactoren betekent niet dat suïcide kan worden uitgesloten.
4. De aanwezigheid van protectieve factoren heft de aanwezigheid van risicofactoren niet op. In het bijzonder wanneer meerdere dreigende risicofactoren aanwezig zijn (zoals frequente en intense suïcidale ideatie en een sterk uitgesproken wens om te sterven)
5. Wanneer een jongere meerdere, blijvende risicofactoren heeft die een langdurig suïciderisico met zich meebrengen, is het voornamelijk belangrijk waakzaam te zijn voor specifieke signalen die wijzen op een plots acuter risico.

Te Onthouden

- Jongeren uiten gedachten over zelfmoord minder vaak dan volwassenen, je dient dus alert te zijn voor signalen en suïcidaliteit proactief te bevragen.
- Het bevragen van suïcidegedachten kan kinderen en jongeren niet 'triggeren'.
- De stap van suïcidegedachten naar een suïcidepoging gebeurt vaak impulsief bij jongeren. Slechts bij een minderheid van de jongeren is er sprake van een op voorhand bedacht plan. Suïcide**gedachten** zijn vaak wel al een tijd aanwezig.

Aanbevelingen - Detectie & Exploratie

- Vóór de leeftijd van 12jaar:
  - Vraag standaard naar de aanwezigheid en voorgeschiedenis van een mogelijke doodswens
  - Wees alert voor waarschuwingssignalen voor suïcidaliteit en bevraag zelfmoordgedachten expliciet wanneer er sprake is van een doodswens
- Vanaf 12 jaar: vraag standaard naar:
  - De huidige aanwezigheid van zelfmoordgedachten
  - Of er zelfmoordgedachten of -pogingen in het verleden waren
  - De huidige aanwezigheid van zelfbeschadigend gedrag
  - Of er zelfbeschadigend gedrag in het verleden was
- Verzamel op meerdere manieren informatie:
  - Via gesprekken, eventueel aangevuld met vragenlijsten
  - Via het kind/de jongere én de ouderfiguur of andere belangrijke naaste
- Exploreer de suïcidaliteit a.d.h.v. visuele hulpmiddelen
- Breng risicofactoren, beschermende factoren en voorspelbare veranderingen in kaart. Hiervoor kan je gebruik maken van de instrumenten 'LOES' en 'Risicoformulering'.
- Hou rekening met de impact van recente gebeurtenissen. Bij kinderen en jongeren is het suïcidaal proces soms korter. Recente gebeurtenissen zoals conflicten met familieleden en leeftijdsgenoten kunnen belangrijke triggers zijn.
- Herbevraag en bespreek suïcidaliteit regelmatig en volg op.

DEEL 5 - INTERVENTIES

Dit deel gaat dieper in op wat je kan doen eens suïcidale gedachten bij kinderen of jongeren zijn gedetecteerd. Zowel eerste interventies als psychosociale en neurobiologische interventies komen aan bod, met oog voor de eigenheid van de doelgroep kinderen en jongeren.

Klinische vragen

- Hoe maak je een Safety Plan op met kinderen en jongeren?
- Welke psychotherapeutische interventies zijn doeltreffend voor het behandelen van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren?
- Welke neurobiologische interventies zijn doeltreffend voor het behandelen van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren?
- Hoe vang je een kind of jongere op na een suïcidepoging?

Inleiding

Weinig onderzoek

In vergelijking met volwassenen is er betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de behandeling van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren (Fox et al., 2020; Hawton et al., 2012). In gecontroleerde onderzoeken naar neurobiologische en psychologische interventies van risicofactoren (bijvoorbeeld depressie) worden kinderen en jongeren met suïcidegedachten vaak uitgesloten van deelname of wordt suïcidaal gedrag als uitkomstenmaat niet meegenomen. Daarom is het onduidelijk of ze ook voor deze doelgroep doeltreffend zijn.

Behandeling van onderliggende psychische problematieken

De aanwezigheid van een psychische problematiek is een belangrijke risicofactor voor suïcidaliteit (zie Deel Proces en Factoren). De behandeling van suïcidaliteit zal dan ook vaak naast of binnen de behandeling van een psychiatrische aandoening plaatsvinden (Shain et al., 2016; Wasserman et al., 2012). Zodoende is een goede diagnostiek van andere problematieken noodzakelijk en moet de behandeling ook uitgaan van de bestaande richtlijnen voor deze stoornissen.

Specifieke interventies

Voor het aanpakken van suïcidale klachten is de standaardbehandeling voor psychiatrische aandoeningen echter niet altijd voldoende (Gibbons et al., 2012). Eenmaal suïcidaliteit is gedetecteerd en in kaart is gebracht, bied je best **specifieke interventies** gericht op de suïcidaliteit aan.

Keuze behandelsetting

In (het plannen van) een behandeling en het kiezen van geschikte interventies is ook de keuze voor een behandelsetting belangrijk.

Bij het overwegen van een **residentiële opname** moet men de voordelen en de nadelen goed afwegen, aangezien het een erg ingrijpende maatregel kan zijn. Dit doe je steeds in samenspraak met het kind/de jongere en de ouderfiguur of andere belangrijke naaste(n).

- Een opname kan niet garanderen dat een persoon geen suïcide zal ondernemen. Onderzoek toont aan dat heropname van de jongere zelfs een sterke indicator is voor het risico op een toekomstige poging (Czyz et al., 2016). Daarom is het belangrijk om meerdere opnames (of langdurige opnames) te voorkomen. Als alternatief kan het zinvol zijn om in te zetten op gezinsgerichte zorg en kortdurende interventies (McBee-Strayer et al., 2019).
- Anderzijds bieden ziekenhuizen en residentiële settings met een opname een belangrijk veiligheidsnet voor jongeren in crisis. Dit kan voor een veiligere omgeving en rust zorgen. Tijdens de opname kan men de jongere beter leren kennen en de zorg op maat aanpassen (Edgcomb et al., 2020; McCarthy et al., 2017; Soffer et al., 2022). Het kan dus een nuttig middel zijn om een jongere te helpen een crisis te overbruggen en tijdelijk de veiligheid te verhogen, maar mag enkel in noodzaak gebruikt worden.

Deze vier factoren zijn belangrijk om in rekening te brengen bij elke overweging tot opname (Aerts et al., 2017). Weeg deze zorgvuldig af vooraleer tot een beslissing over te gaan:

1. De ernst en urgentie van de suïcidale gedachten en plannen;
2. De aanwezigheid van een ernstige psychische of fysieke problematiek en zorgbehoeften;
3. Persoonskenmerken (bv. Impulsiviteit, agitatie, oordeelsvermogen, autonomie, houding t.o.v. hulpverlening);
4. Beschikbaarheid en draagkracht van gezin en steunsysteem.

Werken met een Safety Plan

Het opmaken en gebruik maken van een Safety Plan (Stanley & Brown, 2012) is **een doeltreffende interventie** om een suïcidale crisis te overbruggen (Nuij et al., 2021). Het gebruik ervan wordt zowel bij volwassenen als bij kinderen en jongeren aangeraden (Baldacara et al., 2021; Bettis et al., 2020; Breslin et al., 2020; Czyz et al., 2021; Doupnik et al., 2020; Drapeau, 2019; Galagali et al., 2022; Horowitz et al., 2020; Jacups & Kozlowski, 2021; Wolff et al., 2018). Het Safety Plan is gebaseerd op cognitief therapeutische technieken en omvat volgende componenten:

Waarschuwingssignalen (stap 1):

Welke signalen geven een crisis aan? Welke gebeurtenissen, gedachten en gevoelens gaan er aan een crisis vooraf? Hoe zie je een crisis aankomen?

Coping strategieën (stap 2 en 3):

Wat kan je doen als je het moeilijk krijgt? Hoe kan je jouw gedachten verzetten en waar kan je terecht? Hier maak je telkens de opsplitsing tussen wat het kind/de jongere in eerste instantie zelf kan doen en wat die in tweede instantie met anderen kan doen. Ondersteunende visuals vind je in de Tools Rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Hulpbronnen (stap 4 en 5):

Welke personen kunnen jou ondersteunen? Bij wie (personen uit de dichte omgeving of professionele hulpverleners) kan je terecht? Welke hulplijnen zijn er geschikt? Hier maak je telkens de opsplitsing tussen personen uit de dichte omgeving en professionele hulpverleners. Ga eventueel ook na waarom het moeilijker is om te praten met de ene persoon dan met de andere. Bespreek daarbij ook heel concreet hoe je contact kan leggen en het gesprek over zelfdoding kan aangaan. *bv. Een bericht sturen via Instagram naar mijn zus.*

Omgeving veilig maken (stap 6):

Hoe zorg je ervoor dat je veilig bent en blijft tijdens een crisis? Wat kan je doen om de toegang tot middelen te beperken? De omgeving kan een breed begrip zijn. Maak een onderscheid tussen personen, plaatsen en middelen.

OPGELET: geef bij de categorie 'middelen' zelf geen voorbeelden, maar als de jongere zelf een concreet middel benoemt, ga hier dan verder op in.

TIP: hou rekening met sociale media. Ga na op welke manier sociale media een positieve of negatieve invloed op de jongere kan hebben. Maak eventueel afspraken over welke accounts of groepen de jongere beter wel of niet volgt.

Reasons for living (stap 7):

Welke factoren zorgen ervoor dat je toch wil blijven leven? Wat doet je volhouden? Wat zorgt ervoor dat je wil blijven leven? Dit kunnen betekenisvolle personen, gedachten, herinneringen, foto's of toekomstplannen zijn die het kind/de jongere doen volhouden. Stilstaan bij deze hoopgevende redenen om te leven blijken een belangrijke protectieve factor te zijn tegen suïcidaal gedrag (Abbott-Smith et al., 2023).

Deze verschillende onderdelen breng je samen met het kind/de jongere in kaart. Zo bied je hen houvast en zelfvertrouwen om stap voor stap een toekomstige suïcidale crisis te kunnen herkennen en overbruggen.

Het opstellen van een Safety Plan is een intensief proces, wat veel tijd, opvolging en aanmoediging vraagt. Hieronder vind je tips die kunnen helpen.

Tips voor het opstellen van een Safety Plan

- **Vertrek vanuit het kind of de jongere**.
  Werk samen met het kind of de jongere. Ga na welke noden er zijn en wat passend is voor de situatie. Hou hierbij rekening met het ontwikkelingsniveau en de persoonlijkheidskenmerken (Abbott-smith.,2023; Pettit et al.,2018)

- **Maak het Safety Plan zo concreet en toepasbaar mogelijk.**
  Wanneer iemand een suïcidale crisis doormaakt, wordt nadenken over mogelijke oplossingen moeilijk. Door het Safety Plan zo concreet mogelijk te maken, speel je hierop in. Vb. ik ga een half uur wandelen in het park en maak gebruik van deze route. Ik luister naar een afspeellijst die ik op voorhand samenstelde.

- **Probeer het kind of de jongere zoveel mogelijk te ondersteunen tijdens het opstellen van een Safety Plan**.
  Gebruik **visuele hulpmiddelen** en informatie uit vorige gesprekken om coping strategieën en hulpbronnen in kaart te brengen. Geef ook extra hulplijnen mee. Ondersteunende visuals vind je in de Tools rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex.

- **Betrek naasten en moedig sociale verbondenheid aan** (Abbott-Smith et al., 2023).
  Naasten (ouderfiguren of andere volwassen vertrouwenspersonen) betrekken is essentieel. Zij kunnen extra informatie bieden, het kind of de jongere motiveren en ondersteunen (Anderson et al., 2016; Galagali et al., 2022; Muscara et al., 2020; O'Brien et al., 2021). Bespreek met hen het plan, ga na hoe zij het kind of de jongere kunnen helpen om op een moment van crisis voor rust, afleiding een steunend gesprek of veiligheid te kunnen zorgen. Een gesprek over suïcidaliteit aangaan en het Safety Plan met de naaste(n) bespreken, kan moeilijk zijn voor het kind/de jongere. Indien de naaste nog niet betrokken was, bespreek dan op voorhand met het kind/de jongere hoe je het gezamenlijk gesprek kan aanpakken, wat jij als hulpverlener zal vertellen en wat het kind/de jongere kan vertellen. Oefen het gesprek eventueel in. Hou tijdens zo'n gesprek niet enkel rekening met het kind of de jongere maar ook met de gevoelens en gedachten van de naaste(n).

- **Zet in op de motivatie van het kind of de jongere**
  Aan de hand van motivationele gespreksvoering kan je het gebruik van het Safety Plan aan moedigen (Czyz et al., 2019). Daarbij focus je via enkele gesprekstechnieken (vb. open vragen stellen, reflectief luisteren, samenvatten, bevestigen) op de intrinsieke motivatie om zo gedragsverandering te stimuleren. Ook psycho-educatie over het Safety Plan kan hierbij helpen.

- **Hou rekening met andere veiligheidsplannen**
  Misschien heeft het kind of de jongere al andere veiligheidsplannen (bv. m.b.t. agressie)? Vertrek dan vandaaruit om te kijken welke aspecten ook van toepassing kunnen zijn in een suïcidale crisis. Een specifiek plan voor suïcidaliteit blijft wel aanbevolen.

- **Hou rekening met verschillende scenario's die het gebruik van het Safety Plan kunnen belemmeren**
    - Wanneer kan het kind of de jongere het Safety Plan gebruiken? Bespreek met het kind of de jongere op welk moment en op basis van welke signalen ze naar hun Safety Plan moeten grijpen.
    - Hoe zal het kind of de jongere het Safety Plan bijhouden (en makkelijk terugvinden)? Het Safety plan in de gsm zetten (via een foto, de BackUp app,…) of creatief verwerken kunnen hierbij helpen
    - Wat als het kind of de jongere een andere hulpverlener krijgt? Zorg voor de nodige informatieoverdracht door alles goed te noteren in het dossier, eventueel zelf de nieuwe hulpverlener op te bellen, afspraken te maken met het kind of de jongere en de naasten,…
- **Herbespreek en evalueer het Safety Plan regelmatig.**
  Het Safety Plan dient gezien te worden als een werkdocument. Evalueer dit plan regelmatig en maak aanpassingen. Zeker na een suïcidale crisis is het zinvol om te evalueren wat hielp en hoe het Safety Plan kan aangepast worden (Pettit et al.,2018).

Aanbevelingen - Safety Planning

- Stel samen met het kind/de jongere een Safety Plan op
- Maak het plan zo concreet en toepasbaar mogelijk
- Gebruik eventueel visuele hulpmiddelen
- Betrek naasten bij het opmaken van het plan en bespreek dit samen.
- Zet in op motivationele gespreksvoering om het kind/de jongere aan te moedigen het Safety Plan te gebruiken.
- Herbespreek en evalueer het Safety Plan regelmatig.

Een sjabloon Safety Plan en meer instructies vind je op:

zelfmoord1813.be/safetyplan

Psychotherapeutische interventies

Inleiding

Er bestaat een breed spectrum aan psychotherapeutische interventies die je kan toepassen bij suïcidaliteit bij kinderen en jongeren. Deze zijn uiteenlopend in achtergronden, de klemtonen die ze leggen en de mate van wetenschappelijke onderbouwing. Onderzoek toont dat verschillende stromingen (cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, groepstherapie, systeemtherapie, kortdurende interventies en interpersoonlijke therapie) een significant dalend effect kunnen hebben op suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren (Kothgassner et al., 2020).

Familiegerichte component

Veel psychotherapeutische interventies die zich richten op het verminderen van suïcidale gedachten en gedrag bij jongeren hebben, naast individuele behandeling, ook een **familiegerichte component**. Dit is een waardevol onderdeel, omdat dit meer voordeel voor de jongere oplevert dan interventies die enkel focussen op individuele behandeling (Asarnow & Mehlum, 2019).

Wat maakt een familiegerichte component waardevol?

Onderlinge relaties en familiedynamieken hebben een invloed op het gezin, het welzijn en hulpzoekend gedrag van de jongere (Takahashi et al., 2020). Het is zinvol hierop in te spelen door het **gezin extra vaardigheden aan te leren**.

- Zo blijken ouderfiguren met sterke **oplossingsvaardigheden** beter te kunnen bijdragen tot een vermindering van de suïcidale ideatie bij hun kind (Aiken et al., 2019).
- De ouderfiguur kan verder leren een **beschermende rol** op te nemen en de veiligheid van jongeren verhogen tijdens periodes van acute pijn en heftige emoties (Asarnow & Mehlum, 2019).
- Door ouders te stimuleren activiteiten te doen en tijd door te brengen met hun kinderen, kunnen zij een positieve invloed uitoefenen op de **motivatie** van een jongere voor de behandeling (Ougrin et al., 2015).

Kortdurende familiegerichte interventies hebben tot slot het potentieel om de houding van jongeren ten opzichte van hulpverlening te versterken (Aggarwal & Patton, 2018), wat een beschermende factor kan zijn tegen suïcidaal gedrag.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de enige vorm van psychotherapie waarvan de positieve bevindingen in onafhankelijk onderzoek herhaald werden. Al deze effectieve interventies voor suïcidaliteit bij kinderen en jongeren bevatten sterke familiegerichte componenten (Iyengar et al., 2018). Onderzoek toont aan dat CGT voor depressieve en suïcidale jongeren copingvaardigheden, probleemoplossende vaardigheden en emotieregulatie bevordert (Wasserman et al., 2021). Interventies met een dubbele focus op individuele, cognitief-gedragsmatige zelfreguleringsprocessen en sociaal gedreven processen (familie en sociale steun) hebben het meeste kans op het verminderen van suïcidepogingen (Iyengar et al., 2018).

Dialectische gedragstherapie voor adolescenten

Dialectische gedragstherapie voor adolescenten (DGT-A) is een aangepaste versie van de oorspronkelijk ontwikkelde dialectische gedragstherapie voor volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. DGT-A is ontwikkeld voor adolescenten met kenmerken van deze stoornis. Deze kenmerken hangen samen met een hoger suïciderisico bij adolescenten (Johnstone et al., 2022).

DGT-A legt de focus op vaardigheden voor emotieregulatie, interpersoonlijke relaties, draagkracht en mindfulness en het opbouwen van een leven dat de moeite waard is (Busby et al. 2020; Wasserman et al., 2021). Ook op lange termijn blijft DGT-A effectiviteit vertonen (Asarnow & Mehlum, 2019). Gevoelens van hopeloosheid kunnen de wil of mogelijkheid in de weg staan om suïcidaal gedrag te verminderen en alternatieve strategieën van emotieregulatie een kans te geven. Hulpverleners dienen dit dan ook actief aan te pakken bij jongeren, bijvoorbeeld door psycho-educatie en het aanleren van copingstrategieën (Asarnow & Mehlum, 2019).

DGT-A zorgt voor significante verbeteringen in suïcidale ideatie, suïcidepogingen, zelfverwonding, kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis en algemeen psychosociaal functioneren (Bailey et al., 2023; Johnstone et al., 2022; King et al., 2018; Ougrin et al., 2015). Voor jongeren die repetitief zelfverwondend gedrag vertonen, is DGT-A meer aangewezen dan 'Mentalization-Based Treatment' voor Adolescenten (MBT-A) (Johnstone et al., 2022).

DGT-A is het best geschikt voor jongeren en hun ouderfiguren die emotionele disregulatie vertonen. Deelname aan DGT-A is echter behoorlijk intensief en kan een rem zetten op andere, potentieel helpende activiteiten zoals tijd met vrienden, hobby's en schoolwerk (Asarnow & Mehlum, 2019).

Mentalization-Based Therapie voor Adolescenten

Ook Mentalization-Based Therapie voor Adolescenten (MBT-A) is een aangepaste versie voor jongeren van deze die oorspronkelijk ontwikkeld werd voor volwassenen met borderline persoonlijkheidsstoornis (Johnstone et al., 2022). De focus ligt hier op het versterken van de vaardigheid 'mentaliseren', wat betekent dat men van de verlangens, gedachten, intenties, gevoelens en gedrag van zichzelf en anderen een beeld kan vormen (Malda-Castillo et al., 2018). MBT-A toont significante verbeteringen in suïcidale ideatie, suïcidepogingen, zelfverwonding, kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis en algemeen psychosociaal functioneren (Johhnstone et al., 2022; King et al., 2018; Ougrin et al., 2015).

Intensive Contextual Treatment for Self-Harm and Suicidality (ICT)

ICT is een interventie gebaseerd op principes uit Functional Family Therapy (FFT), DGT-A en CGT. ICT legt de focus zowel op de individuele adolescent, het gezin als de bredere context en wil de haalbaarheid verhogen door sessies in de thuisomgeving aan te bieden. De interventie wil onder andere de frequentie van effectieve emotieregulatie verbeteren, communicatie binnen het gezin verbeteren en de deelname van de jongere aan activiteiten en op school verhogen. Een studie toonde veelbelovende resultaten op vlak van emotieregulatie, aanwezigheid op school, stress bij zowel jongere als ouders en een verlaagd aantal suïcidepogingen (Wijana et al., 2018), maar ook hier is er verder onderzoek nodig

Safe Alternatives for Teens and Youth Program (SAFETY)

SAFETY is een interventie voor jongeren na een suïcidepoging met zowel individuele sessies voor de jongere en de ouders, als gezamenlijke familiale sessies. SAFETY is gebaseerd op principes van CGT en DGT en heeft als doel om een Safety Plan op te stellen, familiale en sociale steun te verhogen en om coping vaardigheden en emotieregulatie te versterken. Uit onderzoek naar SAFETY bleek dat deze interventie significant het risico op verdere suïcidepogingen verlaagt (Asarnow et al., 2015; Asarnow et al., 2017).

Andere interventies

Attachment-Based Family Therapy (ABFT)

ABFT vertrekt vanuit het familiale systeem, hechting en ontwikkeling om zich zo te kunnen richten op de relatie tussen de adolescent en de opvoedingsfiguren. Deze aanpak legt de focus op emotie en onderling vertrouwen, en biedt daarvoor een ondersteunend en veilig kader voor het gezin. Verschillende studies tonen significante dalingen in suïcidale ideatie ten opzichte van een controlegroep (Busby et al., 2020; Devenishi et al., 2016; King et al., 2018). In de Benelux biedt het ABFT Belgium trainingscentrum van de KU Leuven officiële ABFT training aan.

'Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents-Version II' (YST-II)

YST-II werd ontworpen als aanvulling op andere psychotherapeutische behandelingen. De adolescent 'nomineert' zelf volwassen steunfiguren uit zijn of haar omgeving die steun kunnen bieden na opname. Deze steunfiguren kregen, naast wekelijkse telefoontjes van de hulpverleners, gerichte psycho-educatie over suïcidaliteit, signaalherkenning, communicatie en ondersteuning van positief gedrag. Dit leidde tot een vermindering in suïcidale ideatie en overlijdens door suïcide (King et al., 2018). Deze resultaten zijn echter gebaseerd op één enkele studie en dienen nog verder onderzocht te worden.

Digitale interventies

Gezien het belang en de reikwijdte van digitale interventies zoals bijvoorbeeld mobiele applicaties. (apps) zijn er ook interventies in ontwikkeling die focussen op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren. Deze interventies lijken veelbelovend op vlak van kennisbevordering, emotieregulatie, ontwikkeling van coping vaardighedenen het omgaan met suïcidale gedachten en gedrag. Er is helaas nog maar weinig onderzoek dat de effectiviteit van deze interventies staaft, maar dit is in volle ontwikkeling (Busby et al., 2020; Choo & Burton, 2018; Forte et al., 2021; Kreuze & Ruggiero, 2018; Szlyk & Tan, 2020; Wasserman et al., 2021).

Ook breder dan suïcidaliteit zijn er tal van apps en andere online platformen die focussen op mentaal welbevinden, bijvoorbeeld op basis van mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en CGT. Deze tonen veelbelovende resultaten op vlak van het reduceren van depressieve symptomen, angst en stress en op valk van het bevorderen van mentaal en sociaal welbevinden (Leech et al., 2021; Zhou et al., 2021).

Digitale interventies bieden tal van mogelijkheden. Veelal scoren deze interventies hoog op aanvaarbaarheid en tevredenheid van de gebruikers. Een app is bovendien een snelle en eenvoudige manier om jongeren te bereiken, geëngageerd te houden en hun suïcidale gedachten en gedrag te monitoren (Forte et al., 2021; Grist et al., 2017). Dergelijke apps kunnen hulpzoekend gedrag versterken en niet-digitale hulpverlening meer aanvaardbaar maken (O'Dea et al., 2020). Het aanbieden van interactieve content, gelijkend op videogames, verhoogt de zin tot deelname (Wasserman et al., 2021). Omdat jongeren vaak moeite hebben met het volhouden van behandeling (Ougrin et al., 2015), zouden digitale tools niet alleen therapeutisch een waardevolle aanvulling kunnen vormen op bestaande interventies, maar ook uitval kunnen tegengaan.

onlinehulp-apps

TIP Op onlinehulp-apps.be vind je apps en websites die de mentale gezondheid bij jongeren kunnen bevorderen. Enkele voorbeelden:

- Noknok: biedt jongeren van 12-16 jaar kwalitatieve informatie, tips en opdrachten over verschillende thema's die met mentale gezondheid te maken hebben.
- Silver: deze *serious game* versterkt de weerbaarheid en vaardigheden m.b.t. mentale gezondheid van jongeren van 12-16 jaar. Silver is gebaseerd op elementen uit de CGT.
- Combined minds: deze Engelstalige app ondersteunt familie, vrienden en mantelzorgers van jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen om zo de juiste ondersteuningsomgeving te creëren.

Werkzame elementen in de behandeling van kinderen en jongeren

Recent onderzoek legde de essentiële elementen bloot van een optimale behandeling van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren (Simes et al., 2022). Naast het nagaan van de mening van jongeren en ouderfiguren zelf werd er ook onderzocht welke gemeenschappelijke elementen uit psychotherapeutische interventies doeltreffend zijn in het reduceren van suïcidale gedachten en gedrag (Meza et al., 2023). Volgende elementen kwamen aan bod:

- **Vertrek van de noden.** De noden van zowel het kind/de jongere als de naaste(n) moeten de basis vormen van de behandeling, van intake tot herstel. Flexibiliteit, transparantie en participatie zijn hierbij van groot belang (Meza et al., 2023; Simes et al., 2022).
- **Versterk sociale verbondenheid.** Het centraal stellen van onderhoud en versterking van familiale relaties is van groot belang. Dit kan het risico op suïcidaliteit verlagen, herstel ondersteunen en veerkracht bevorderen (Simes et al., 2022). Een nadruk op een sterke therapeutische alliantie met zowel jongeren als ouders is daarbij essentieel (Meza et al., 2023).
- **Combineer individuele en gezamenlijke sessies.** Zowel voor jongeren als hun ouderfiguren zijn individuele sessies belangrijk. Hierin kan bijvoorbeeld aan emotieregulatie- en coaching gedaan worden, maar kunnen ook de gezamenlijke sessies voorbereid worden. Het betrekken van de ouders in behandeling versterkt hun vaardigheden in de ondersteuning van hun kinderen. Gezamenlijke training kan kernvaardigheden als emotieregulatie, impulscontrole, cognitieve herstructurering en safety planning omvatten (Meza et al., 2023; Simes et al., 2022).

- **Focus op sterktes.** Als hulpverlener is een basishouding van acceptatie en validatie onmisbaar om bij jongeren een gevoel van zelfbeschikking en zelfwaarde te versterken. Een focus op de aanwezige krachten is ook voor ouders belangrijk, omdat er verder gebouwd kan worden op positieve punten van ouderschap en zo ouderlijke aanwezigheid, vertrouwen en connectie vergroot kunnen worden (Simes et al., 2022).
- **Bied psycho-educatie.** Psycho-educatie is een krachtig instrument om de toegang tot en verdere deelname aan hulpverlening te bevorderen. Zowel versterking van kennis over suïcidaliteit en mogelijke hulpverlening als vermindering van schaamte, stigma en schuldgevoel zijn belangrijke elementen (Simes et al., 2022). Hiervoor kan je gebruik maken van de visuals in de Tools rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex
- **Bevorder veiligheid.** De beperking van toegang tot middelen is een essentieel onderdeel van de behandeling van suïcidaliteit. Dit vormt tevens een stap in het Safety Plan.

Aanbevelingen - Psychotherapeutische Interventies

- Overweeg interventies met een familiegerichte component
- Vertrek van de noden van het kind/de jongere en de naaste(n)
- Betrek de naaste(n) en voorzie zowel individuele als gezamenlijke sessies
- Bied psycho-educatie aan het kind/de jongere en de naaste(n)
- Vertrek vanuit de sterktes van het kind/de jongere en de naaste(n)
- Verwijs naar digitale interventies

Neurobiologische interventies

Inleiding

Behandeling met psychofarmaca komt bij kinderen en jongeren **minder vaak voor** dan behandeling met psychosociale interventies, vaak vanwege een bezorgdheid dat psychofarmaca de suïcidaliteit zou kunnen doen toenemen (Miller & Mazza, 2017). We gaan in dit deel na of deze bezorgdheid terecht is.

Ook in **onderzoek** is men erg voorzichtig. De meeste studies omtrent psychofarmaca en andere neurobiologische interventies worden uitgevoerd bij kinderen en jongeren vanaf 12 jaar. Studies bij kinderen jonger dan 12 jaar zijn zeldzaam. Daarnaast focussen de meeste studies op de inzet van psychofarmaca en andere neurobiologische interventies voor bepaalde psychiatrische stoornissen, waarbij eveneens gekeken werd naar het effect op suïcidaliteit. Aangezien er een sterke link is tussen psychiatrische stoornissen en suïcidaliteit, ook bij kinderen en jongeren, wordt er soms vanuit gegaan dat een succesvolle behandeling van de psychiatrische stoornis ook een effect zal hebben op de suïcidaliteit. Het is echter **belangrijk dat de keuze voor medicatie wel gebaseerd wordt op wetenschappelijk bewijs over het effect op suïcidaliteit**.

Onderstaande aanbevelingen zijn dan ook gebaseerd op onderzoek naar het effect van psychofarmaca en andere neurobiologische interventies op bepaalde psychiatrische stoornissen, waarbij eveneens gekeken werd naar het effect op suïcidaliteit.

Aandachtspunten

Overweeg je te starten met een medicamenteuze behandeling? Neem dan zeker deze aandachtspunten in acht:

Weloverwogen beslissing

Het starten van eender welke medicamenteuze behandeling moet een weloverwogen beslissing zijn. Er moet in ieder geval altijd rekening gehouden worden met de ernst van de suïcidaliteit en eventueel andere aanwezige aandoeningen, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product én met de wens van de persoon (Declercq et al., 2016).

Kleine Hoeveelheid

Wanneer er sprake is van suïcidaliteit is het belangrijk om bij het voorschrijven van medicatie in acht te nemen dat deze ook als middel kan worden gebruikt voor een zelfdoding. Het is essentieel dat er vooraf wordt nagedacht over de mogelijkheid om medicatie slechts voor korte perioden en in kleine hoeveelheden voor te schrijven.

Medicatiebeheer

Verder is het noodzakelijk dat er met de jongere en de ouders/voogd duidelijke afspraken worden gemaakt over medicatiebeheer en medicatie-inname, zeker wanneer er sprake is van acute suïcidaliteit. Dit kan bijvoorbeeld worden opgenomen in het Safety Plan. Lees meer over veiligheid en het belang van het Safety Plan aan het begin van dit deel.

Monitoring

Een goede monitoring voor, tijdens en na de inzet van een medicamenteuze behandeling is essentieel.

- Wees continu alert op de ontwikkeling van de suïcidaliteit en op gedragingen die kunnen wijzen op een verergering van het suïcidale gedrag. Blijf deze goed monitoren tijdens de gehele periode dat medicatie wordt voorgeschreven.
- Daarnaast is de periode na de behandeling ook een kritieke periode waarin suïcides voorkomen, vaak in de eerste drie maanden (Appleby et al., 2006). Dus ook na de behandeling blijft een goede follow-up van belang.

Hierna volgen de voornaamste conclusies en aanbevelingen met betrekking tot neurobiologische interventies gebaseerd op recent wetenschappelijk onderzoek.

Volgende neurobiologische interventies komen aan bod:

Anti-depressiva	Anxiolytica	Anti-psychotica	Ketamine	Lithium	Neuro-stimulatie	Overige

Antidepressiva

Wanneer antidepressiva voorschrijven?

Antidepressiva worden voorgeschreven voor het behandelen van depressieve symptomen bij een matige tot ernstige depressie (BCFIa, n.d.). Antidepressiva worden niet aangeraden bij de behandeling van een bipolaire stoornis, waarbij er ook sprake is van depressieve symptomen (BCFIa, n.d.).

Verhogen antidepressiva het risico op suïcide?

- Verscheidene meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde studies wijzen op een licht verhoogd risico voor het ontwikkelen van suïcidaliteit (met name voor het ontwikkelen of versterken van suïcidegedachten of voor het ondernemen van een suïcidepoging), indien antidepressiva aan jongeren werden toegediend (Hetrick et al., 2012). De data die werd gebruikt voor deze studies maakten veelal geen gebruik van longitudinale of prospectieve data (Hussain et al., 2018).
- Daarom wordt dit negatief effect van antidepressiva in meer recente studies **in vraag gesteld** (Cousins & Goodyer, 2015; Edinoff et al. 2021; van Heeringen & Mann, 2014; Zalsman et al., 2016).

- Recente meta-analyses vinden bijvoorbeeld wel aanwijzingen voor **positieve effecten** van SSRI's op suïcidaal gedrag bij jongeren (Gordon & Melvin, 2014; Hussain et al., 2018) en stellen dat depressieve jongeren 4 tot 11 keer meer voordelen dan nadelen van antidepressiva ondervinden (Brent, 2016).
- SSRI's zorgden voor een grotere daling in depressieve symptomen dan placebo, maar dit verschil was er niet voor suïcidaliteit (Gibbons et al., 2012). Zowel de jongeren die de SSRI's als de jongeren die de placebo ontvingen, daalden evenveel op suïcidaliteit. De SSRI is dus niet beter dan een placebopil (Gibbons et al., 2012). Met andere woorden, een daling in depressieve symptomen leidt niet automatisch tot een daling in suïcidaliteit. **Het is daarmee van belang dat suïcidaliteit ook los van de depressie wordt behandeld.**
- Daarnaast laten grotere studies zien dat de nationale suïcidecijfers onder jongeren juist stegen, nadat het aantal voorschrijvingen met antidepressiva daalde in de VS, Canada en een aantal Europese landen (Adegbite-Adeniyi et al., 2012; Brent, 2016; Hussain et al., 2018; Isacsson & Rich, 2014).

De discussie over het gebruik van antidepressiva bij minderjarigen mag er geenszins toe leiden ze niet voor te schrijven wanneer ze geïndiceerd zijn (Brent, 2016; Zalsman et al., 2016).

Fluoxetine is de behandeling van eerste keuze wanneer een **snelle remissie van depressieve klachten** een hoge prioriteit heeft (Hazell et al., 2022). Dit is belangrijk omdat hoe langer de episode van een depressieve stoornis duurt, hoe groter de impact op academisch en sociaal functioneren.

Er zijn echter aanwijzingen dat het **effect van behandeling door middel van psychologische therapie of fluoxetine vergelijkbaar** is. De tijd tot de behandeling effecten vertoont is korter bij fluoxetine dan bij psychologische therapie, maar er is de kleine kans dat antidepressiva bij sommige adolescente patiënten zelfbeschadiging en zelfmoordgedachten kunnen uitlokken (Boaden et al., 2020; Zhou et al., 2020). Als veiligheid de hoogste prioriteit heeft, is psychologische therapie dus de behandeling van eerste keuze. Dit is juist relevant wanneer een jongere met een depressieve stoornis ook prominente zelfmoordgedachten heeft of zichzelf heeft verwond.

In tegenstelling tot studies bij volwassenen is combinatietherapie niet superieur aan psychologische of farmacologische monotherapie voor eerstelijnsbehandeling van adolescenten met een depressieve stoornis (Hazell et al., 2022).

Aandachtspunten bij het gebruik van antidepressiva

- Het is belangrijk om de **basisprincipes** beschreven in de inleiding steeds in acht te nemen.
- De effecten van antidepressiva zijn over het algemeen **niet meteen merkbaar**. Bij de start van een medicamenteuze behandeling is het daarom belangrijk te benadrukken dat de behandeling over verschillende maanden loopt en de patiënt niet abrupt met de medicatie mag stoppen. Het gunstig effect van de antidepressiva wordt soms pas na twee à acht weken duidelijk, maar de meeste patiënten vertonen reeds de eerste weken beterschap. Bij goede respons wordt, om recidieven te voorkomen, **aanbevolen om de behandeling met antidepressiva gedurende minstens 6 maanden voort te zetten**.
- **Psycho-educatie en nauwlettend toezicht** zijn essentieel wanneer er gestart wordt met antidepressiva. Het risico lijkt het hoogst tijdens de start van de behandeling of wanneer een dosis wordt gewijzigd, maar **monitoring is essentieel gedurende de gehele behandeling**. In geval van toename van de depressieve of suïcidale symptomen, nieuw ontstane suïcidaliteit of andere onaanvaardbare bijwerkingen na de start met antidepressiva of een dosisverandering moet de behandeling gestopt worden door geleidelijk af te bouwen of de dosis verlaagd worden (Brent, 2016).
- Daarnaast is het aanbevolen om een S**afety Plan** bij te houden en te blijven werken aan het verminderen van de risicofactoren van suïcidaal gedrag.
- Bovendien is aanbevolen te kiezen voor het voorschrijven van **kleine hoeveelheden** en voor SSRI's. Dit om de schade bij een overdosis te beperken.

Conclusie

Er is geen eenduidig bewijs dat antidepressiva werken voor suïcidaliteit bij jongeren. Sommige studies laten zien dat antidepressiva het risico op suïcidaliteit verhogen bij jongeren, maar bij andere studies zien we juist wel een positief effect op suïcidaliteit. Het is dus altijd belangrijk om in overleg met de jongere en ouderfiguur te bespreken wat de mogelijkheden zijn en wat passend is.

Anxiolytica

Wanneer anxiolytica voorschrijven?

Een acute suïcidale fase wordt gekenmerkt door veel spanning, waardoor er nood kan zijn aan onmiddellijke behandeling. De meeste medicatie werkt echter pas na een tijdje. Zo duurt het ongeveer 4-6 weken voordat het duidelijk is of antidepressiva werken. Om de emotionele reactie en interne spanning te verminderen, wordt het soms daarom als nuttig beschouwd om anxiolytica voor te schrijven, zoals benzodiazepines (bijv. lorazepam) (Becker & Correll, 2020; Wasserman et al., 2021).

Wat is het effect op suïcidaliteit?

Uit een oude studie (Renaud et al., 1999) bleek dat benzodiazepinen niet waren geassocieerd met suïcidaliteit als bijwerking bij kinderen en jongeren (Wang et al., 2017). Het nemen van benzodiazepinen kan wel eventueel zorgen voor desinhibitie (ontremming) en op die manier impulsief en agressief gedrag versterken (Tondo et al., 2021). Het is daarom aangewezen om zeer voorzichtig te zijn in het voorschrijven van benzodiazepinen bij kinderen en jongeren (Witt et al., 2021).

Conclusie

Er is onvoldoende bewijs dat anxiolytica bij kinderen en jongeren een effect heeft op het verminderen van suïcidaliteit.

Antipsychotica

Wanneer antipsychotica voorschrijven?

Antipsychotica worden ook wel voorgeschreven met hetzelfde doel als anxiolytica, namelijk onmiddellijke verlichting van interne spanningen die mogelijk gepaard gaan met de acute suïcidale fase (Becker & Correll, 2020; Guile et al., 2018).

Wat is het effect op suïcidaliteit?

Uit een onderzoek met twee casestudies bleek dat bij adolescenten zonder psychotische klachten suïcidegedachten afnamen bij gebruik van clozapine (Kumar et al., 2016). Clozapine is een geneesmiddel met potentieel gevaarlijke bijwerkingen en een nauwe therapeutisch-toxische marge dus een goede opvolging is noodzakelijk. Daarom wordt in sommige studies gesuggereerd om het te reserveren voor personen waarbij er sprake is van therapieresistentie (BCFIb, n.d.; Edinoff et al., 2021).

Aripiprazol en quetiapine hebben beide een ‘black-box warning’ met betrekking tot suïcidaliteit voor kinderen en jongeren. Daarnaast bleek uit een recente review dat er op dit moment geen studies zijn uitgevoerd die specifiek het risico op het verergeren van suïcidale gedachten bij aripiprazol en quetiapine onderzocht hebben (Brown et al., 2021). Daarmee kunnen we hier geen uitsluitende conclusies over maken.

Een black box-waarschuwing is een waarschuwing van de FDA voor ernstige of levensbedreigende bijwerkingen die een medicijn kan hebben. Deze is te zien op de bijsluiter van geneesmiddelen op recept. Dit is de ernstigste waarschuwing van de FDA.

Conclusie

Er is onvoldoende bewijs voor het effect van antipsychotica op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Ketamine en esketamine

Wanneer (es)ketamine voorschrijven?

Ketamine wordt met name voorgeschreven bij jongeren met een therapieresistente depressie. Ketamine is in België echter op dit moment niet goedgekeurd voor de behandeling van depressie en suïcidaliteit. Dat wil zeggen dat het off-label wordt voorgeschreven en gebruikt. Het wordt sinds 1990 off-label gebruikt in Noord-Amerika en Europa (Walsh et al., 2022). Therapieresistentie houdt in dat er na het afronden van een behandeling geen verbetering optreedt. Daarnaast is er recent meer aandacht voor esketamine. Dit is goedgekeurd in België door het Europees Geneesmiddelenbureau sinds juni 2021 als add-on behandeling voor therapieresistente depressie bij volwassenen, maar niet bij jongeren.

Wat is het effect op suïcidaliteit?

Er zijn slechts weinig studies naar het effect van ketamine op suïcidaliteit bij adolescenten gedaan. Uit een review bleek dat ketamine zorgde voor een daling in depressieve symptomen en minimale bijwerkingen had bij jongeren met therapieresistente depressie (Kim et al., 2021). Er konden echter maar weinig gecontroleerde, gerandomiseerde studies worden geïncludeerd in deze review.

Uit een recente review met een aantal casestudies bleek dat ketamine snelle anti-suïcidale effecten teweegbracht bij jongeren met een depressie (Di Vincenzo et al., 2021). Ketamine leek daarmee veilig te zijn en werd ook goed verdragen door adolescenten. Er is echter een gebrek aan gecontroleerde, gerandomiseerde studies waarin het effect van ketamine op suïcidaliteit bij jongeren wordt onderzocht (Di Vincenzo et al., 2021; Strong & Kabbaj, 2018).

In recente reviews waren er geen studies opgenomen die het effect van esketamine op suïcidaliteit hebben onderzocht bij kinderen en jongeren (Di Vincenczo et al., 2021; Kim et al., 2021). In een case-serie werd de effectiviteit onderzocht van een eenmalige toediening van esketamine subcutaan (SC) of intraveneus (IV) op het verminderen van depressieve symptomen en zelfmoordgedachten bij adolescenten met een depressieve stoornis en zelfmoordgedachten (Faria-Guimarães et al., 2022). Er werd een significante afname van depressieve symptomen en suïcidale ideatie gevonden vanaf baseline tot 24 uur na toediening. Er was geen sprake van suïcidaliteit die ontstond tijdens of vlak na de behandeling. Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, is grootschalig gecontroleerd onderzoek nodig om de werkzaamheid van esketamine voor de behandeling van depressie en suïcidaliteit bij adolescenten met een ernstige depressie verder te beoordelen.

Conclusie

Er is op dit moment nog onvoldoende bewijs voor een effect van ketamine en esketamine op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Lithium

Wanneer lithium voorschrijven?

Lithium wordt bij jongeren op dit moment voorgeschreven voor bipolaire stoornissen (Kinderformularium, n.d.).

Wat is het effect op suïcidaliteit?

Er zijn momenteel geen reviews beschikbaar over het effect van lithium op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Conclusie

Er is op dit moment niks bekend over het gebruik van lithium voor de behandeling van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Neurostimulatie

Wanneer neurostimulatie inzetten?

Naast medicamenteuze behandelingen is er de laatste jaren ook meer aandacht neurostimulatie als behandeling, namelijk elektroconvulsietherapie (ECT), repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) en Transcraniële Direct Current Stimulatie/ Transcranial Alternating Current Stimulation (tDCS)/ (TACS). Deze behandelingen worden meestal pas ingezet, wanneer een of meerdere medicamenteuze behandelingen geen effect hadden.

Wat is het effect op suïcidaliteit?

Er zijn op dit moment geen reviews gedaan naar het effect van ECT en tDCS/ TACS op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren. Recentelijk zijn er drie reviews gedaan naar het effect van rTMS bij jongeren. Uit de studies die er zijn bleek veelal dat verbeteringen in suïcidegedachten klein of niet-significant waren (Majumder et al., 2021; Mehta et al., 2022; Qiu et al., 2022). Er zijn nog niet veel gecontroleerde studies uitgevoerd bij adolescenten waarin het effect van rTMS werd gemeten op suïcidaliteit. Bovendien is de steekproefgrootte vaak klein.

Conclusie

Er is op dit moment onvoldoende bewijs voor het effect van ECT, rTMS en TDCS/TACS op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Overige neurobiologische interventies

Recentelijk is meer aandacht voor het gebruik van natuurlijke middelen tegen mentale problematiek. Zo is er bijvoorbeeld onderzoek naar de inzet van Sint-Janskruid (Benitez et al., 2022), kurkuma (Shetty, 2020), vitamine D (Glabska et al., 2021), zink (Szewczyk et al., 2008; Yosaee et al., 2022) en omega 3 (Pompili et al., 2017). Er blijkt momenteel geen enkele review te zijn die het effect op suïcidaliteit van een van de eerdergenoemde middelen onderzocht bij kinderen of jongeren. Er dus geen bewijs beschikbaar over de werking hiervan op suïcidaliteit.

Aanbevelingen - Neurobiologische Interventies

- Overweeg je te starten met een medicamenteuze behandeling? Neem dan zeker deze aandachtspunten in acht:
    - Weloverwogen beslissing: houd rekening met de ernst van de suïcidaliteit en eventueel andere aanwezige aandoeningen, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product én met de wens van de persoon.
    - Schrijf altijd kleine hoeveelheden voor.
    - Medicatiebeheer: maak duidelijke afspraken over medicatiebeheer en medicatie-inname.
    - Monitoring: volg het kind/de jongere goed op.
- Er is geen eenduidig bewijs dat **antidepressiva** werken voor suïcidaliteit bij jongeren. Wanneer je start met antidepressiva neem dan de algemene aandachtspunten in acht en neem de volgende punten mee in je overweging:
    - De effecten van antidepressiva zijn over het algemeen **niet meteen merkbaar**. Benadruk dat de behandeling over verschillende maanden loopt en de patiënt niet abrupt met de medicatie mag stoppen. Bij goede respons wordt, om recidieven te voorkomen, **aanbevolen om de behandeling met antidepressiva gedurende minstens 6 maanden voort te zetten**.
    - **Psycho-educatie en nauwlettend toezicht** zijn essentieel wanneer er gestart wordt met antidepressiva.
    - In geval van toename van de depressieve of suïcidale symptomen, nieuw ontstane suïcidaliteit of andere onaanvaardbare bijwerkingen na de start met antidepressiva of een dosisverandering moet de behandeling gestopt worden door geleidelijk af te bouwen of de dosis verlaagd worden.
    - Hou een **Safety Plan** bij en blijf werken aan het verminderen van de risicofactoren van suïcidaal gedrag.
    - Bovendien is het aanbevolen te kiezen voor het voorschrijven van **kleine hoeveelheden** en voor SSRI's.
- Voor andere neurobiologische interventies zoals anxiolytica, antipsychotica, (es)ketamine, lithium en neurostimulatie is er momenteel **onvoldoende bewijs** voor het effect op suïcidaliteit bij kinderen en jongeren.

Interventies na een suïcidepoging

Belang van opvang na een suïcidepoging

Kinderen en jongeren opvangen na een suïcidepoging is cruciaal. Niet alleen vormen jongeren een risicogroep wat betreft suïcidepogingen, hun suïcidaliteit vlak na een poging is vaak hoger dan bij volwassenen en ze blijven vaak lang (tot in hun middelbare leeftijd) kwetsbaar voor (andere) psychosociale of fysieke problemen (Alvarez-Subiela et al., 2022; Miranda et al., 2014; Pitman et al., 2012; Rasmussen & Hawton, 2014; Vancayseele et al., 2022; Yen et al., 2013). Daarnaast zien we dat een goede eerste opvang bijdraagt tot het toekomstig hulpzoekend gedrag van jongeren (Freeman et al., 2022).

Eerste opvang

Na een suïcidepoging hebben personen het meeste baat bij een authentiek gesprek t.o.v. gestandaardiseerde vragen (Hawton et al., 2022). Een warme en authentieke aanpak zorgt voor een veilige omgeving en het doorbreken van de eenzaamheid (Xanthopoulou et al., 2022).

Tijdens dit gesprek wordt aangeraden om bij jongeren voldoende aandacht te hebben voor de huidige doodswens (Miranda et al., 2014) en zelfverwondend gedrag (Alvarez-Subiela et al., 2022).

Bespreek zeker ook volgende zaken om een zicht te krijgen op het toekomstige suïciderisico:

- **Welke methode werd ondernomen?** De letaliteit van een poging vormt niet altijd een indicatie van de sterkte van de doodswens. Jongeren hebben namelijk niet altijd de juiste kennis over de letaliteit van bepaalde methodes. Onderzoek wijst uit dat jongeren die een meer letale poging ondernamen, wel vaak beter worden opgevolgd dan jongeren die een minder letale poging ondernamen. Een goede opvolging is echter na elke poging van levensbelang (Huang et al., 2014).

- **Was de poging gepland?** Om de mate van suïcidaliteit in te schatten, is het nuttig om zicht te krijgen op hoe lang de jongere bezig was de poging te plannen, en op eventuele plannen voor een toekomstige poging (Miranda et al., 2014).

- **Hoe schat de jongere zijn eigen suïciderisico in?** Uit onderzoek blijkt deze inschatting een belangrijke voorspeller zijn van het effectieve gedrag. Hoe hoger jongeren hun eigen risico inschatten, hoe groter de kans op een volgende poging (Czyz et al., 2016b).

TIP Als leidraad voor dit gesprek kan je gebruik maken van LOES. LOES is een semigestructureerd interview waarmee je suïcidaliteit, onderliggende factoren en zorgbehoeften in kaart kan brengen bij jongeren met suïcidale gedachten of na een poging vanaf 12 jaar. Dit gesprek biedt een aanzet voor een risicoformulering en bepalen van de vervolgzorg. Meer weten? www.zelfmoord1813.be/loes

Betrek ook zeker de ouderfiguren of andere belangrijke naasten in de opvang na een poging. Ook zij hebben nood aan een empathische opvang waarbij je kan exploreren welke rol zij kunnen opnemen in het verdere zorgtraject en hoe je hen daarin best kan ondersteunen.

Behandelplan

Na de eerste opvang is er nood aan een **behandelplan**. Bekijk samen met de jongere en de ouder(s) de verdere stappen. Is er nood of behoefte aan psychotherapie (ambulant of residentieel), aan medicatie, en welke behandelsetting is aangewezen?

Belangrijk is in de behandeling na een suïcidepoging aandacht te schenken aan **safety planning** (Asarnow et al., 2015; Kennard et al., 2015; Messiah et al., 2019). Mogelijk stelde de jongere al eerder een Safety Plan op. Evalueer het dan samen en besteed extra aandacht aan het verwijderen van dodelijke of gevaarlijke middelen om de veiligheid te bevorderen (Connell et al., 2021). Meer informatie over Safety Planning vind je in het deel rond interventies.

Ook **psychotherapeutische interventies** zijn aangewezen na een suïcidepoging. Therapie kan bijvoorbeeld inzetten op het aanleren van vaardigheden waaronder emotieregulatie, cognitieve flexibiliteit, mentaliseren,… Hoewel onderzoek vaak moeilijk te interpreteren is omwille van kleine steekproeven (Consoli et al., 2015; Ougrin et al., 2015; Santamarina-Perez et al., 2020; Sinyor et al., 2020), blijken volgende therapieën wel veelbelovend m.b.t. het reduceren van herhaald suïcidaal gedrag na een poging:

- Dialectische gedragstherapie (DBT) (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2016, 2019; Ougrin et al., 2015; Santamarina-Perez et al., 2020)
- Cognitieve gedragtherapie (CGT) (Ougrin et al., 2015; Sinyor et al., 2020)
- Mentalization-Based Therapie (MBT) (Ougrin et al., 2015).

Aandacht voor zorgcontinuïteit

De eerste maanden volgend op een poging zijn cruciaal. Zo verkleint de kans op een nieuwe suïcidepoging wanneer de jongere binnen de 7 dagen na ontslag een afspraak met een hulpverlener heeft (Fontanella et al., 2020). Aanvullend kan je gebruik maken van berichten of een telefonisch gesprek om de jongere op te volgen. Dit geldt echter niet ter vervanging van een therapie (Czyz et al., 2016a; Messiah et al., 2019; Stevens et al., 2019; Watling et al., 2022). Indien de jongere niet telefonisch bereikbaar is, kan het ook zinvol zijn om de ouders te proberen contacteren (Normand et al., 2018).

TIP Meer informatie m.b.t. zorgcontinuïteit vind je in de Leidraad Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen.

Aanbevelingen - Na een suïcidepoging

- Voorzie een goede opvang en een grondige evaluatie van de suïcidaliteit
- Blijf bij transitiemomenten (vb. na ontslag) extra waakzaam.
- Betrek de ouders en/of dichte omgeving
- Maak een Safety Plan op of evalueer een eerdere versie
- Bepaal de behandelsetting en overweeg psychotherapie
- Heb aandacht voor zorgcontinuïteit. Maak eventueel gebruik van een opvolgcontact aanvullend op de therapie.

DEEL 6 - NA EEN ZELFDODING

Hoe ondersteun je kinderen en jongeren na een zelfdoding?

Klinische vragen

- Hoe rouwen kinderen en jongeren na een zelfdoding?
- Welke factoren beïnvloeden dit rouwproces?
- Wat is de impact van een suïcide op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren?
- Hoe bied je psycho-educatie over rouwen na zelfdoding aan kinderen en jongeren?
- Wat doe je als hulpverlener na een suïcide van een jongere?

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op hoe je kinderen en jongeren kan ondersteunen na een zelfdoding. Voor meer informatie over hoe je het slechte nieuws van een zelfdoding kan vertellen en uitleggen aan kinderen en jongeren onmiddellijk na het overlijden, klik hier.

1. Na een zelfdoding: het rouwproces van kinderen en jongeren

Rouwthema's

Rouw is het antwoord dat iemand geeft op het verlies van iets of iemand waarmee een betekenisvolle relatie bestaat. Dit is een aanpassingsproces aan een verander(en)de realiteit, binnen in ons en rondom ons, waardoor we het verlies geleidelijk aan integreren in onze identiteit of verweven in ons levensverhaal (Maes & Modderman, 2015). Deze definitie, net als de meeste rouwthema's hieronder, komen echter vanuit onderzoek naar volwassenen. De wetenschappelijke literatuur naar rouwen na zelfdoding bij kinderen en jongeren is helaas erg beperkt. Wanneer er wel onderzoek naar is, is dit overwegend toegespitst op parentale suïcide en zelden op suïcides door andere familieleden of leeftijdsgenoten.

Hoewel er veel gelijkenissen bestaan tussen een rouwproces na zelfdoding en andere rouwprocessen, brengt rouwen na zelfdoding enkele specifieke aandachtspunten of verschillen met zich mee. Zo kan de mogelijks onverwachte en gewelddadige aard van het overlijden leiden tot een verhoogde ervaring van trauma of schok (Jordan & McIntosh, 2011). Daarnaast zien we na zelfdoding een verhoogde mate van volgende rouwthema's (Dunne & Dunne-Maxim, 2009; Jordan, 2001; Malgaroli et al., 2018; Maple et al., 2017; Spillane et al., 2017; Zisook et al., 2014):

- **Zelfverwijten**: bv. '*Had ik maar sneller ingegrepen.*' Hier is het belangrijk om het verschil te benadrukken tussen schuldig voelen en schuldig zijn. Dergelijke schuldgevoelens op zich zijn niet abnormaal of ongezond en moeten geuit kunnen worden.
- **Verwijten**: schuldprojecties bv. '*Die pestkoppen hebben haar de dood ingejaagd.*'

- **Schaamte**: bv. '*Er is iets mis met mij, mijn reacties zijn niet normaal.*' Rouw is individueel en uniek. Het is belangrijk om dit te kaderen en normaliseren.
- **Stigma**: bv. '*Zou ik wel vertellen dat het om zelfdoding gaat, wat zullen mensen denken?*'
- **Afwijzing**: bv. '*Ik was niet belangrijk genoeg om voor te leven.*'
- **Woede**: bv. '*Hoe durft die me zo in de steek te laten?*'
- **Risicogedrag**: bv. alcohol drinken of risico's nemen in het verkeer
- **Veranderde kijk op relaties, het leven en eigen maturiteit**
- **Waarom-vraag**: Het kan troostend werken om de gedachtegang van de overledene te proberen na te gaan. Dit zorgt voor een vorm van betekenisgeving die depressie, angst, suïcidaliteit en gecompliceerde rouw aanzienlijk kan verlagen (Sandler et al, 2016; Zhang et al., 2021). Psycho-educatie kan hier nuttig zijn.

De rouwthema's en emoties die hier aangehaald worden zijn maar enkele veelvoorkomende voorbeelden. Het is van belang om in gesprek te gaan hierover en alle thema's en emoties te onderzoeken, om zo herkenning en erkenning te kunnen bieden (Sajan et al., 2022). Ja kan gebruik maken van de emotiekaartjes (zie de Visuals in de Tools Rubriek op zelfmoord1813.be/sp-reflex) om emoties te (h)erkennen, te begrijpen en te uiten.

Welke factoren beïnvloeden de intensiteit van het rouwproces?

De intensiteit van rouw, (latere) geestelijke gezondheid en gedrag zijn verbonden aan verschillende factoren voor en na het verlies (Andriessen et al., 2016). Ook dit onderzoek legt de focus op het overlijden van een ouder, maar veel factoren zijn evenzeer van belang bij het overlijden door zelfdoding van andere personen.

- Factoren die aanwezig zijn voor het overlijden:
  - **Emotionele hechtheid van de band met de overledene**
    Hoe sterker deze band, hoe intenser het rouwproces kan worden. Een emotioneel sterke band met de overledene vergroot het risico op latere psychiatrische problemen.
  - **Familiaal functioneren**
    Reeds bestaande problemen binnen het gezin spelen een rol in het rouwproces en kunnen leiden tot verdere spanningen (Zavrou et al., 2022).
  - **Band met de aanwezige ouderfiguur**
    Een sterke, warme band met de ouderfiguur die na het overlijden de zorg moet dragen, zal later een positieve invloed kunnen uitoefenen op geestelijke gezondheid en ontwikkeling.
  - **Familiale en persoonlijke psychiatrische voorgeschiedenis**
    Dit houdt een risico in op latere problemen in geestelijke gezondheid en ontwikkeling.
  - **Kennis van het concrete plan tot zelfdoding**
    Ook dit houdt een risico in op problemen met geestelijke gezondheid en ontwikkeling, door het versterken van schuld- en verantwoordelijkheidsgevoelens.
- Factoren die aanwezig zijn na het overlijden:
  - **Gevoel dat het overlijden voorkomen had kunnen worden**
    Een sterkere emotionele hechtheid hangt ook samen met een minder sterk geloof in de mogelijkheid dat het overlijden voorkomen had kunnen worden. Dit geloof heeft een negatieve invloed op toekomstige geestelijke gezondheid en ontwikkeling.

- **Verantwoordelijkheidsgevoel**
  Het gevoel dat de jongere zelf een rol speelde in de zelfdoding van zijn of haar ouder, heeft ook negatieve gevolgen voor geestelijke gezondheid en ontwikkeling.
- **Kwaliteit van de band met de overblijvende ouderfiguur**
  Onderlinge familiale relaties, met als belangrijkste de band met de ouderfiguur, kunnen sterk lijden onder een overlijden door zelfdoding, wat de pijn van het verlies nog intenser doet aanvoelen (Zavrou et al., 2022).
- **Sociale steun**
  Dit is van groot belang voor de jongere, zoals je later in dit hoofdstuk kan lezen.

2. Impact van een suïcide op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren

Geestelijke gezondheidsproblemen

Het meemaken van een zelfdoding van een naaste resulteert vaak in een grotere **shock en trauma** dan bij een ander overlijden, omwille van het gewelddadige en onverwachte karakter van het overlijden (Jordan & McIntosh, 2011). De impact op de verdere ontwikkeling en (toekomstige) geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren is dan ook groot.

Bovendien zetten nabestaanden na zelfdoding minder snel de stap naar hulp, en dit zowel voor mentale als fysieke gezondheidsproblemen (Spillane et al., 2017).

Zelfdoding van een naaste is een sterke risicofactor voor het ontwikkelen van **angst, depressie, PTSS, automutilatie en suïcidale gedachten en gedrag** (del Carpio, 2021; Pitman et al., 2014). Daarnaast is het ook een risicofactor voor het ontwikkelen van *Persistent Complex Bereavement Disorder* (PCBD, uit de DSM-5) en *Prolonged Grief Disorder* (PGD, uit de ICD-11).

Hoewel er overeenkomsten zijn in de klinische kenmerken van PCBD of PGD, depressie en PTSS, zijn er enkele **symptomen** kenmerkend voor PCBD of PGD: intens missen van de overledene, piekergedachten of beelden over de overledene, intense gevoelens van woede en schuld, vermijden van situaties, personen en plaatsen die doen denken aan de overledene en een grote moeite om betekenis of zingeving in het leven te vinden (Malgaroli et al., 2018; Zisook et al., 2014). Het is belangrijk om zich bewust te zijn van deze risico's. Het is echter minstens even belangrijk om **normale rouwreacties** niet meteen te pathologiseren in de eerste (zes) maanden na een overlijden, wanneer een dergelijke diagnose nog niet gesteld kan worden.

Risico op suïcide

De meeste onderzoeken naar suïciderisico van kinderen en jongeren die rouwen na zelfdoding gaan over het overlijden van een **ouder**. Bij het overlijden van leeftijdsgenoten of andere familieleden blijkt vooral de hechtheid van de relatie bepalend voor het latere risico op suïcide en suïcidaal gedrag (Ho et al., 2000).

Het overlijden van een ouder door eender welke doodsoorzaak vergroot het risico op suïcidaliteit, maar parentale suïcide vergroot dit risico significant meer dan andere doodsoorzaken. Vergeleken met jongeren met twee ouders, **verdubbelt het verlies van een ouder aan suïcide het risico op een**

suïcidepoging en verdrievoudigt dit het risico op overlijden door suïcide (Calderaro et al., 2022; del Carpio et al., 2021; Hill et al., 2020). De meeste schadelijke uitkomsten zien we binnen de eerste jaren na het overlijden van de ouder, maar de gevolgen kunnen decennialang een rol spelen (del Carpio et al., 2021; Hua et al., 2019). Jongeren die een ouder verloren aan suïcide, hanteren vaker een meer gewelddadige methode bij een suïcidepoging, wat een verklaring zou kunnen zijn voor de hogere kans op overlijden door suïcide bij deze doelgroep (Ranning et al., 2022). We zien dat factoren als een verstoorde opvoeding en gezinsleven en stresserende levensgebeurtenissen bij elk parentaal overlijden een rol spelen, bij suïcide spelen factoren als erfelijkheid en imitatie ook mee. Zie tabel 1 voor een overzicht van factoren.

Hoe jonger kinderen zijn op het moment van een suïcide van een ouder, hoe groter het risico op latere suïcidaliteit (Andriessen et al., 2016; del Carpio et al., 2021; Ranning et al., 2022). Hoe ouder kinderen worden, hoe meer onafhankelijkheid ze ontwikkelen van hun ouders. Voor jongere kinderen zorgt het verlies van een opvoedingsfiguur voor een nog sterkere ontwrichting, wat een verklaring kan zijn voor dit leeftijdseffect (Wilcox et al., 2010).

Tabel 1. Factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van suïcidale gedachten en gedrag na het overlijden van een ouder door suïcide.

Erfelijkheid	**Verschillende studies wijzen op een gedeeltelijke bijdrage van genetische factoren aan het risico op suïcidaliteit (Calderaro et al., 2021; Spillane et al., 2017).**
Socio-demografische factoren	Opgroeien met een lagere socio-economische status of in slechte huisvesting is geassocieerd met een hoger risico op suïcidale gedachten en gedrag, wat maakt dat kinderen na het overlijden van een ouder een grotere kans hebben om in een stressvolle omgeving op te groeien (Calderaro et al., 2021; Hua et al., 2019).
Gezins- en sociale factoren	De verandering in (de kwaliteit van) opvoeding door de rouwende ouder kan een impact hebben (Calderaro et al., 2021), evenals het oudste kind zijn (Hua et al., 2019). Ook een gebrek aan sociale steun kan het risico op suïcidaliteit verhogen (Hua et al., 2019).
Imitatie	Een kind is geneigd om zich te identificeren met de ouder, en diens (zelfbeschadigende) gedrag, coping vaardigheden en probleemoplossend gedrag te gaan imiteren, inclusief suïcide als uitweg uit zware situaties (Calderaro et al., 2021). Imitatie kan ook ontstaan uit een wanhopige nood om de overleden ouder beter te begrijpen (Calderaro et al., 2021).
Blootstelling aan suïcide als levens-gebeurtenis	Het plotse en onverwachte karakter van een overlijden door zelfdoding weegt zwaar op het rouwproces van een jongere (Calderaro et al., 2021). Ook het ervaren van stigma en gevoelens van verantwoordelijkheid, schuld, schaamte en in de steek gelaten worden door de ouder, kunnen bijdragen aan het risico op suïcidaal gedrag (Calderaro et al., 2021).
Leeftijd	De ontwikkelingsfase, en dus ook de leeftijd van het kind, speelt een rol in het risico op suïcidaliteit. Hoe jonger het kind, hoe groter de impact van de zelfdoding van een ouder (Andriessen et al., 2016; Calderaro et al., 2021; del Carpio et al., 2021). Bij kinderen die op het moment van het overlijden van hun ouder jonger dan zes jaar zijn, wordt het risico op latere suïcidaliteit dan ook het sterkst vergroot (Guldin et al., 2015).

3. Wat helpt kinderen en jongeren?

Psycho-educatie over rouwen na zelfdoding

Rouwen is iets unieks, iedereen maakt het anders door (Sajan et al., 2022). Voor kinderen en jongeren is dat niet anders. Dit unieke karakter kan echter ook het gevoel geven dat er iets mis is met het eigen rouwproces, dat er een foute manier van rouwen bestaat omdat je jezelf niet herkent in het proces van anderen. Psycho-educatie kan een waardevol instrument zijn om de ervaringen van een nabestaande te normaliseren. Van belang is hier om de informatie aan te passen aan het kind, diens draagkracht en cognitieve vaardigheden.

Er bestaan verschillende **boeken** die helpen om, op een aangepaste manier, met kinderen te spreken over rouwen na zelfdoding. Daarnaast kan het ook helpen om creatief aan de slag te gaan met het verlies. Enkele voorbeelden:

- Prentenboek: **De visjes van Océane** (Nathalie Slosse & Naomi Christaens i.s.m. Lore Vonck) voor kinderen jonger dan zes jaar
- Prentenboek: **Sloep vaart verder** (Lore Vonck & Daisy Buttiens) voor kinderen tussen zes en twaalf jaar
- Prentenboek: Rode Hoed van Luna (Emmi Smid) voor kinderen van zes jaar en ouder
- Jeugdboek: 100% Lena (Stefan Boonen) voor jongeren vanaf twaalf jaar
- Creatief doe- en begeleidingsboek: **Afscheid voor kids** (Kathleen Mylle & Lore Vonck)

Een vaak gebruikt model om rouw te kaderen is het **Duaal Procesmodel** (Stroebe & Schut, 2010). Het verdeelt het rouwproces in twee domeinen: verliesgericht en herstelgericht. Een nabestaande is verliesgericht bezig wanneer de focus ligt op de overledene en het verlies. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in praten tegen de overledene, door oude foto's gaan etc. Herstelgericht betekent dat de nabestaande zich richt op het leven dat verdergaat en de aanpassingen die daarbij horen. Dat kan zich bijvoorbeeld uiten in verantwoordelijkheden van de overledene zelf gaan invullen, spelletjes spelen ter afleiding etc. Zowel de verliesgerichte als de herstelgerichte aanpak zijn nodig om vooruit te geraken.

Aanmoedigen van sociale steun

Het sociale netwerk rond een rouwende jongere is van groot belang. **Betere sociale steun leidt namelijk tot beter psychisch welbevinden** na een onverwacht of gewelddadig overlijden, inclusief overlijden door zelfdoding (Scott et al., 2020).

Net op het moment dat kinderen en jongeren hier zoveel nood aan hebben, is het voor hen veel moeilijker om hiernaar te vragen en om hun eigen noden te herkennen en te signaleren naar anderen. De rouwthema's die jongeren bezighouden beïnvloeden ook hun sociale omgeving. Zo kunnen stigma en schaamte leiden tot sociale isolatie en het verbergen van de doodsoorzaak, wat vervolgens de mogelijkheden tot sociale steun in de weg staat (Maple et al., 2017; Spillane et al., 2017).

Een overlijden na zelfdoding leidt tot een **verminderde hechting** met leeftijdsgenoten, wat maakt dat de kansen op informele steun ook op dit vlak afnemen (del Carpio et al., 2021). De eigen sociale positie van het rouwende kind of de jongere wisselt vaak tussen actief en passief, tussen hulp zoeken en zich isoleren (Silvén Hagström, 2013). Het is belangrijk om niet te wachten tot er zelf om hulp gevraagd wordt, maar om zowel vrienden als professionals proactief steun te laten bieden (Sajan et al., 2022).

Na het overlijden van een vriend/leeftijdsgenoot is het mogelijk dat een adolescent wegtrekt van de familie en in verhouding net meer steun gaat zoeken bij vrienden (Balk et al., 2011). Steun van deze vrienden bevordert hoopvolle attitudes bij de nabestaande, maar anderzijds kan dit er ook voor zorgen dat de rouw verlengd wordt voor zij die de meest dichte relatie hadden met de overledene (Abbott & Zakriski, 2014). Jongeren kunnen contact met volwassenen gaan vermijden door het stigma en eigen percepties waardoor de problematiek binnen de vriendengroep blijft (Bartik et al., 2015). Groepstherapie voor de vriendengroepen met bijhorende psycho-educatie kan hierbij helpen: zo wordt er minder 'herkauwd' en kan men elkaar beter ondersteunen doorheen het rouwproces (Abbott & Zakriski, 2014).

Family Bereavement Pogram

Het Family Bereavement Program (FBP) werd specifiek ontwikkeld voor gezinnen waarin een ouder overleed aan zelfdoding (Sandler et al, 2016). Het richt zich zowel op de kinderen, als op de aanwezige ouderfiguur. Met de ouder wordt gewerkt aan psycho-educatie, positief ouderschap en ondersteuning van ouderschapsvaardigheden. Met het kind/de kinderen zet men in op psycho-educatie en het versterken van adaptieve coping vaardigheden. Op lange termijn verlaagde het programma de kans op suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen. Dit illustreert hoe een versterking van ouderschapsvaardigheden bij de ouder én van coping vaardigheden bij het kind een buffer kunnen vormen tegen de gevolgen van parentale suïcide op lange termijn (Sandler et al., 2016).

TIP Wanneer je kinderen ondersteunt die een ouder verloren door zelfdoding, focus dan bij het kind op psycho-educatie en het versterken van coping vaardigheden en bij de aanwezige ouderfiguur op psycho-educatie en het versterken van ouderschapsvaardigheden.

Aanbevelingen - Na een zelfdoding

Zorg na een zelfdoding voor juiste informatie en goede opvang van kinderen en jongeren:

- Bezorg zo snel mogelijk juiste informatie over het overlijden aan het kind/de jongere. Verberg de doodsoorzaak daarbij niet, maar vermijd het geven van details over de methode.
- Breng de **emoties** in kaart, eventueel met hulpmiddelen als emotiekaartjes.
- Breng de **intensiteit van het rouwproces** in kaart. Peil naar:
  - Band met de overledene
  - De kennis van suïcidale gedachten, gedrag en/of plannen van de overledene
    - Hoe diepgaand en concreet was dit geweten?
    - Wat voelde het kind of de jongere hier voor het overlijden bij?
  - Het overlijden zelf
    - Hoe diepgaand en concreet zijn de omstandigheden van het overlijden geweten? Bv. Methode van zelfdoding, locatie, triggers, afscheidsbrief...
    - Heeft het kind of de jongere afscheid kunnen nemen (van het lichaam)?
  - Band met aanwezige ouderfiguur (bij het overlijden van een ouder)
    - Hoe was deze voor het overlijden?
    - Hoe is deze band eventueel veranderd na het overlijden?
    - Hoe is de thuissituatie en opvoeding veranderd?

Bied psycho-educatie en volg het rouwproces verder op:

- Geef uitleg op het niveau van het kind/de jongere
- Maak ruimte voor de vragen van het kind/de jongere
- Normaliseer de unieke gedachten, gevoelens en het gedrag die bij een rouwproces horen
- Let op het familiaal functioneren na een overlijden in (de omgeving van) het gezin bv. risico op parentificatie
- Maak gebruik van materialen en ga actief en creatief aan de slag met rouw
- Na zes maanden: houd rekening met de mogelijkheid op posttraumatische stress of gecompliceerde rouw
- Blijf alert voor het ontstaan van zelfmoordgedachten

Moedig sociale steun aan:

- Breng de relaties van de jongere en het gezin in kaart of in beeld, bijvoorbeeld met speelgoed of foto's.
- Ga isolatie tegen en stimuleer contact met leeftijdsgenoten en de omgeving.
- Bied psycho-educatie aan het volledige gezin, over coping vaardigheden en hoe elkaar te ondersteunen
- Bied psycho-educatie aan vriendengroepen die een vriend verloren zijn aan zelfdoding

TIP Als het eigen netwerk aan leeftijdsgenoten te klein is, kan lotgenotencontact via een organisatie als Missing You een optie zijn

4. Wat doe je als hulpverlener/zorgvoorziening na een suïcide van een kind of jongere?

Ook voor een hulpverlener die een jonge cliënt verliest is de impact van zelfdoding en de intensiteit van een rouwproces niet te onderschatten. Deze intensiteit vergroot wanneer de hulpverlener zelf kon inschatten dat er een groot risico op een suïcidepoging was (Al-Mateen et al., 2018). Niet alleen kunnen dezelfde rouwthema's aan bod komen als bij andere nabestaanden, maar er komen vaak nog gevoelens van verantwoordelijkheid en professioneel falen bij. Schaamte hiervoor weerhoudt hulpverleners er vaak van om hun eigen rouwproces te bespreken met collega's (Al-Mateen et al., 2018; Klee & Bartowski, 2022). Die gevoelens van professioneel falen kunnen zo sterk zijn, dat sommige hulpverleners daarna geen cliënten in crisis of met suïcidale gedachten nog willen behandelen (Al-Mateen et al., 2018).

Als hulpverleners aangemoedigd worden om ondersteuning te zoeken na het overlijden van een cliënt, dan is dit vaak in hun eigen tijd en met hun eigen middelen (Klee & Bartowkski, 2022). Deze nood aan professionele steun zou meer vanuit de eigen werkplek voorzien kunnen worden, naast de meer informele (maar even nodige) steun van collega's en omgeving (Al-Mateen et al., 2018).

Tot slot is het belangrijk om te voorzien in intervisie en supervisie voor alle betrokken collega's, en om werk te maken van reconstructie en evaluatie na zelfdoding. Zo maak je ruimte voor de emoties van deze hulpverleners, en wordt ook hun professioneel handelen ondersteund. Een leidraad voor reconstructie en evaluatie vind je in de Tools Rubriek op de SP-Reflex website.

Aanbevelingen – Na een zelfdoding

- Sta stil bij de impact die de zelfdoding op jou heeft
- Accepteer dat niet elke zelfdoding voorkomen kan worden, neem niet alle schuld op jezelf
- Zoek steun bij collega's of je persoonlijke omgeving en overweeg de stap naar professionele hulp
- Als werkgever:
  - Erken de impact van een overlijden op het team/de individuele hulpverleners
  - Ondersteun het rouwproces
  - Voorzie informele en professionele steun
  - Voorzie intervisie en supervisie
  - Maak werk van reconstructie en evaluatie na zelfdoding

Meer informatie over na een zelfdodig vind je via Werkgroep Verder en volgende links:

- **Hoe rouwt mijn kind en hoe vertel ik het slechte nieuws?**
- **Hoe rouw ik als jongere?**
- **Hoe ondersteun ik kinderen en jongeren na zelfdoding?**
- **Waar kan je als kind en jongere terecht?**
- **Rouwen na zelfdoding: ondersteunende boeken en literatuur**
- **Wat als je als hulpverlener nabestaande wordt?**

Meer Weten?

Ontdek meer richtlijnen en e-learningmodules over suïcidepreventie op zelfmoord1813.be/sp-reflex of neem een kijkje in het vormingsaanbod.

Met vragen over deze richtlijn kan je terecht bij het VLESP via info@vlesp.be

REFERENTIES

REFERENTIES DEEL 1 – MYTHES EN BASISPRINCIPES

Aiken, C. S., Wagner, B. M., & Benjamin Hinnant, J. (2019). Observed Interactions in Families of Adolescent Suicide Attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *49*(1), 104–119. https://doi.org/10.1111/sltb.12423

Asarnow, J. R., & Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents—Advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *60*(10), 1046–1054. https://doi.org/10.1111/jcpp.13130

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ... & Guyatt, G. H. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J*ournal of Clinical Epidemiology, 64*(4), 401-406. https://doi.org/10.1080/15228835.2015.1106384

Boussat, M. L., Fourcade, L., Mourouvaye, M., Grandclerc, S., Moro, M.-R., & Lachal, J. (2022). [Qualitative study of parents' experience after their teen's suicide attempt]. *L'Encephale*, *48*(4), 390–396. https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.005

Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., ... & Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical child psychology and psychiatry*, *13*(4), 493-504. https://doi.org/10.1177/135910450809676

Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044

Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Yeguez, C. E., Ewell Foster, C. J., & King, C. A. (2018). Parental Self-Efficacy to Support Teens During a Suicidal Crisis and Future Adolescent Emergency Department Visits and Suicide Attempts. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(sup1), S384–S396. https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1342546

Czyz, E. K., Liu, Z., & King, C. A. (2012). Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*(2), 214–226. https://doi.org/10.1080/15374416.2012.651998

Ewell Foster, C., Magness, C., Czyz, E., Kahsay, E., Martindale, J., Hong, V., Baker, E., Cavataio, I., Colombini, G., Kettley, J., Smith, P. K., & King, C. (2021). Predictors of Parent Behavioral Engagement in Youth Suicide Discharge Recommendations: Implications for Family-Centered Crisis Interventions. *Child Psychiatry and Human Development*. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01176-9

Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *45*(6), 664–678. https://doi.org/10.1111/sltb.12159

Gryglewicz, K., Elzy, M., Brown, R., Kutash, K., & Karver, M. S. (2014). It's time to talk about it: Utilizing a community-based research approach to develop a family guide for youth suicide prevention. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 5*(1), 47–69. https://doi.org/10.18357/ijcyfs.gryglewiczk.512014

Kennard, B. D., Biernesser, C., Wolfe, K. L., Foxwell, A. A., Craddock Lee, S. J., Rial, K. V., Patel, S., Cheng, C., Goldstein, T., McMakin, D., Blastos, B., Douaihy, A., Zelazny, J., & Brent, D. A. (2015). Developing a Brief Suicide Prevention Intervention and Mobile Phone Application: A Qualitative Report. *Journal of Technology in Human Services*, *33*(4), 345–357. https://doi.org/10.1080/15228835.2015.1106384

Lachal, J., Grandclerc, S., Spodenkiewicz, M., & Moro, M. R. (2018). [Methods to improve suicidal adolescents' compliance to care after emergency discharge: A literature review]. *L'Encephale*, *44*(5), 465–470. https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.004

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(8), 777–785. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

McKay, S., Byrne, S. J., Clarke, A., Lamblin, M., Veresova, M., & Robinson, J. (2022). Parent Education for Responding to and Supporting Youth with Suicidal Thoughts (PERSYST): An Evaluation of an Online Gatekeeper Training Program with Australian Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9). https://doi.org/10.3390/ijerph19095025

Omer, H., & Dolberger, D. I. (2015). Helping Parents Cope with Suicide Threats: An Approach Based on Nonviolent Resistance. *Family Process*, *54*(3), 559–575. https://doi.org/10.1111/famp.12129

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Rogers, J. R., & Russell, E. J. (2014). A framework for bridging cultural barriers in suicide risk assessment: The role of compatibility heuristics. *The Counseling Psychologist, 42*(1), 55-72. https://doi.org/10.1177/0011000012471823

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 50*(3), 652–667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Slovak, K., & Singer, J. B. (2012). Engaging parents of suicidal youth in a rural environment. *Child & Family Social Work, 17*(2), 212–221. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00826.x

Stubbing, J., & Gibson, K. (2022). What Young People Want from Clinicians: Youth-Informed Clinical Practice in Mental Health Care. *Youth, 2*(4), 538-555. https://doi.org/10.3390/youth2040039

Takahashi, Y., Mikami, K., Akama, F., Onishi, Y., Yamamoto, K., & Matsumoto, H. (2020). Suicide Leap of an 11-Year-Old Girl with Autism Spectrum Disorder. *Global Pediatric Health*, *7*, 2333794X20960278. https://doi.org/10.1177/2333794X20960278

Vanlinthout, E., Coppens, E., Opgenhaffen, T., Scheveneels, S., Put, J. & Van Audenhove, Ch. (2020). *De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van de context in de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op https://www.steunpuntwvg.be/publicaties

White, J. (2016). *Preventing youth suicide: A guide for practitioners.* Victoria, British Columbia: Ministry of Children and Family Development. Geraadpleegd op: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/managing-your-health/mental-health-substance-use/child-teen-mental-health/preventing_youth_suicide_practitioners_guide.pdf

Wijana, M. B., Enebrink, P., Liljedahl, S. I., & Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 371. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1947-9

REFERENTIES DEEL 2 – PREVALENTIE

Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (2023). *Jaarverslag 2022* [Online publicatie]. Brussel. Geraadpleegd op https://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2023/03/CPZ_Jaarverslag2022_Digitiaal.pdf

Departement Zorg (2003). Suïcidecijfers [Online publicatie]. Geraadpleegd op https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/cijfers-over-suïcide-en-suïcidepogingen/suïcides-in-vlaanderen

Departement Zorg (n.d.). Evolutie van de sterfte voor verschillende doodsoorzaken [Online publicatie]. Brussel. Geraadpleegd op https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-de-sterfte-voor-verschillende-doodsoorzaken

Eurostat (2023). Suicide death rate by age group. Geraadpleegd op https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/6a612f90-750e-47f2-a666-56023a8db9a2?lang=en

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018.* Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Geraadpleegd op: www.gezondheidsenquete.be.

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry, 70*(3), 300-310. https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Schrijvers, K., Dierckens, M. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Geraadpleegd op: HBSC2022_Factsheet_welzijn.pdf (ugent.be).

Vancayseele, N. (2023, November 23). Self-harm adolescents. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/T2N5Y

Vancayseele, N., Van Hevelen, E. & Portzky, G., (2023). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2022*. Gent: Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.

United Nations Children's Fund (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York, October 2021.

World Health Organization (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

REFERENTIES DEEL 3 – PROCES & FACTOREN

Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, *20*(11), 1-13. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *4*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37

Ati, N. A. L., Paraswati, M. D., & Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 34*(1), 7–18. https://doi.org/10.1111/jcap.12295

Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, *46*(9), 1137–115. https://doi.org/10.1177/0002764202250657

Benarous, X., Consoli, A., Cohen, D., Renaud, J., Lahaye, H., & Guilé, J.-M. (2019). Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: A systematic review of the nature and mechanisms of the association. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(5), 667–683. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1234-9

Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 540. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00540

Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(2), 157–177. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180–206. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3-4), 372–394. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

Brunstein Klomek, A., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., ... & Wasserman, D. (2016). Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*, 1183-1193. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0840-7

Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 653-667. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022

Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P., Coghill, D., Schulze, U., & Dittmann, R. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(6), 759–776. https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9

Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth–epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(4), 460–482. https://doi.org/10.1111/jcpp.12831

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding : hoe ga je er mee om?*. Tielt: Lannoo.

Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., & Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of Suicide Research,* *26*(4), 1702-1735. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872

Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M., & Carli, V. (2011). Internet pathways in suicidality: A review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *8*(10), 3938–3952. https://doi.org/10.3390/ijerph8103938

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(4), 676–683. https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.676

Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., & Arango, C. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, *31*, 33–46. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.1054

Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M.-M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 152–162. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115

Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, *46*(9), 1269–1284. https://doi.org/10.1177/0002764202250670

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Hatchel, T., Polanin, J. R., & Espelage, D. L. (2021). Suicidal thoughts and behaviors among LGBTQ youth: Meta-analyses and a systematic review. *Archives of Suicide Research*, *25*(1), 1–37. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1663329

Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, *4*(1), 58–67. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30335-9

Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373–2382. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *26*(6), 695–718. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002

Hua, P., Huang, C., Bugeja, L., Wayland, S., & Maple, M. (2020). A systematic review on the protective factors that reduce suicidality following childhood exposure to external cause parental death, including suicide. *Journal of Affective Disorders Reports*, *2*, 100032. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100032

Hulten, A., Jiang, G. X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., ... & Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *10*, 161-169. https://doi.org/10.1007/s007870170022

Katsaras, G. N., Vouloumanou, E. K., Kourlaba, G., Kyritsi, E., Evagelou, E., & Bakoula, C. (2018). Bullying and suicidality in children and adolescents without predisposing factors: A systematic review and meta-analysis. *Adolescent Research Review*, *3*(2), 193–217. https://doi.org/10.1007/s40894-018-0081-8

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70

Kirkcaldy, B. D., Siefen, G. R., Urkin, J., & Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescente. *Minerva Pediatrica*, *58*(5), 443.

Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stillwell, J., Welsh, C. J., & Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: A longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 38, 61-659. https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00011

Koole, S. L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review. In J. De Houwer & D. Hermans (Eds.), *Cognition and Emotion: Reviews of Current Research and Theories* (pp. 128–167). Psychology Press.

Koyanagi, A., Oh, H., Carvalho, A. F., Smith, L., Haro, J. M., Vancampfort, D., Stubbs, B., & DeVylder, J. E. (2019). Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(9), 907–918. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018

Lutz, P., Mechawar, N., & Turecki, G. (2017). Neuropathology of suicide: Recent findings and future directions. *Molecular Psychiatry, 22*(10), 1395–1412. https://doi.org/10.1038/mp.2017.141

McCann, E., Donohue, G., & Timmins, F. (2020). An exploration of the relationship between spirituality, religion and mental health among youth who identify as LGBT+: A systematic literature review. *Journal of Religion and Health*, *59*(2), 828–844. https://doi.org/10.1007/s10943-020-00989-7

McHugh, C. M., Lee, R. S. C., Hermens, D. F., Corderoy, A., Large, M., & Hickie, I. B. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *116*, 51–60. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. M., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*. Scottish Government. Geraadpleegd op: http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/28141444/0

Meerdinkveldboom, J., Kerkhof, A., & Rood, I. (2019). *Handboek Suïcidaal Gedrag bij Jongeren.* (Derde). Boom Psychologie.

Mirkovic, B., Cohen, D., Garny de la Rivière, S., Pellerin, H., Guilé, J.-M., Consoli, A., & Gerardin, P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: Risk and protective factors 12 months after hospitalization. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(12), 1729–1740. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x

Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 523–538. ttps://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523

Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., & Arendt, F. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *Bmj*, *368*. https://doi.org/10.1136/bmj.m575

Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(5), 569–581. https://doi.org/10.1111/sltb.12091

Pedersen, N. L., & Fiske, A. (2010). Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *European Psychiatry*, *25*(5), 264–267. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.008

Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide. *Pediatric Drugs*, *5*(4), 243–265. https://doi.org/10.2165/00128072-200305040-00004

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 183–211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4

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. https://doi.org/10.1017/S003329170500588X

Rutter, M. (2007). Psychopathological development across adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(1), 101–110. https://doi.org/10.1007/s10964-006-9125-7

Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, *35*(2), 181–192.

Schrijvers, K., Dierckens, M. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Geraadpleegd op: HBSC2022_Factsheet_welzijn.pdf (ugent.be).

Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... & Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*, 1423-1446. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y

Shahram, S. Z., Smith, M. L., Ben-David, S., Feddersen, M., Kemp, T. E., & Plamondon, K. (2021). Promoting 'Zest for Life': A Systematic Literature Review of Resiliency Factors to Prevent Youth Suicide. *Journal of Research on Adolescence*, *31*(1), 4–24. https://doi.org/10.1111/jora.12588

Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality, 86*(3), 522–542. https://doi.org/10.1111/jopy.12333

Sokolowski, M., Wasserman, J., & Wasserman, D. (2016). Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt. *Molecular Psychiatry*, *21*(10), 1381-1390. https://doi.org/10.1038/mp.2015.187

Sousa, G. S. de, Santos, M. S. P. dos, Silva, A. T. P. da, Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Suicide in childhood: A literatura review. *Ciencia & Saude Coletiva*, *22*, 3099–3110. https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017

Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(6), 21S.

Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2527–2534. https://doi.org/10.1017/S0033291711000833

Turecki, G. (2014). Epigenetics and suicidal behavior research pathways. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(3), S144-S151. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.011

Van Ness, P. H., & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*(4), 386–397. https://doi.org/10.1097/00019442-200207000-00005

Verwey, B., & Kerkhof, A. J. F. M. (2000). Opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In K. V. Heeringen, & A. J. F. M. Kerkhof (Eds.), *Behandelingsstrategieen bij suïcidaliteit* (pp. 138-147). Bohn Stafleu Van Loghum.

Weissman, M. M., Fendrich, M., Warner, V., & Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31,* 640-648. https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00010

Whitlock, J., Wyman, P. A., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: Pathways and implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 246–272. https://doi.org/10.1111/sltb.12071

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, *52*(4), 486-492. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010

Williams, A.J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021) A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS ONE 16*(1), e0245268. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268

Wisłowska-Stanek, A., Kołosowska, K., & Maciejak, P. (2021). Neurobiological basis of increased risk for suicidal behaviour. *Cells, 10*(10), 2519. https://doi.org/10.3390/cells10102519

Witt, K., Milner, A., Spittal, M. J., Hetrick, S., Robinson, J., Pirkis, J., & Carter, G. (2019). Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(1), 5–18. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1111-6

World Health Organization. (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geraadpleegd op: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

Yip, P. S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.-S., Wu, K. C.-C., & Chen, Y.-Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet, 379*(9834), 2393–2399. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year

systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646–659. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zalsman, G., Levy, T., & Shoval, G. (2008). Interaction of child and family psychopathology leading to suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 237-246. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.009

REFERENTIES DEEL 4 – DETECTIE & EXPLORATIE

Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open, 3(8), e2012563-e2012563.* https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563

Asarnow, J. R., & Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents—Advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *60*(10), 1046–1054. https://doi.org/10.1111/jcpp.13130

Babeva, K., Hughes, J. L., & Asarnow, J. (2016). Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. *Current Psychiatry Reports*, *18*(11), 100. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0738-6

Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in Childhood and Adolescence. *Deutsches Arzteblatt International*, *117*(15), 261–267. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0261

Bell, K.-A., Gratch, I., Ebo, T., & Cha, C. B. (2022). Examining Discrepant Reports of Adolescents' Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Focus on Racial and Ethnic Minority Families. *Archives of Suicide Research*, *26*(3), 1505–1519. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1925607

Bem, D., Connor, C., Palmer, C., Channa, S., & Birchwood, M. (2017). Frequency and preventative interventions for non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in primary school-age children:

A scoping review protocol. *BMJ Open*, *7*(7), e017291. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017291

Bostwick, J. M., & Rackley, S. (2012). Addressing suicidality in primary care settings. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 353–359. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0286-7

Bradford, S., & Rickwood, D. (2012). Psychosocial assessments for young people: A systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *3*, 111–125. https://doi.org/10.2147/AHMT.S38442

Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 653–667. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022

Carubia, B., Becker, A., & Levine, B. H. (2016). Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. *Current Psychiatry Reports*, *18 (4)*, 41. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0670-9

Chun, T. H., Katz, E. R., & Duffy, S. J. (2013). Pediatric mental health emergencies and special health care needs. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(5), 1185–1201. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.06.006

Departement Zorg (n.d.). Evolutie van de sterfte voor verschillende doodsoorzaken [Online publicatie]. Brussel. Geraadpleegd op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-de-sterfte-voor-verschillende-doodsoorzaken

Dilillo, D., Mauri, S., Mantegazza, C., Fabiano, V., Mameli, C., & Zuccotti, G. V. (2015). Suicide in pediatrics: Epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, *41*, 49. https://doi.org/10.1186/s13052-015-0153-3

Fernández-Alcántara, M., de Los Santos-Roig, M., Pérez-Marfil, M. N., Cruz-Quintana, F., Vázquez-Sánchez, J. M., & Montoya-Juárez, R. (2021). A New Instrument to Assess Children's Understanding of Death: Psychometrical Properties of the EsCoMu Scale in a Sample of Spanish Children. *Children*, *8*(2). https://doi.org/10.3390/children8020125

Gordon, M., & Melvin, G. (2014). Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australian Family Physician*, *43*(6), 367–372.

Harris, P. L. (2018). Children's understanding of death: From biology to religion. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *373*(1754). https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0266

Hill, R. M., Gallagher, K. A. S., Eshtehardi, S. S., Uysal, S., & Hilliard, M. E. (2021). Suicide Risk in Youth and Young Adults with Type 1 Diabetes: A Review of the Literature and Clinical Recommendations for Prevention. *Current Diabetes Reports*, *21*(12), 51. https://doi.org/10.1007/s11892-021-01427-y

Hink, A. B., Killings, X., Bhatt, A., Ridings, L. E., & Andrews, A. L. (2022). Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Current Trauma Reports*, 1–13. https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7

Jones, J. D., Boyd, R. C., Calkins, M. E., Ahmed, A., Moore, T. M., Barzilay, R., Benton, T. D., & Gur, R. E. (2019). Parent-Adolescent Agreement About Adolescents' Suicidal Thoughts. *Pediatrics*, *143*(2). https://doi.org/10.1542/peds.2018-1771

Kalmár, S. (2013). The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, *15*(1), 27–39.

Klaus, N. M., Mobilio, A., & King, C. A. (2009). Parent-adolescent agreement concerning adolescents' suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *38*(2), 245–255. https://doi.org/10.1080/15374410802698412

Longbottom, S., & Slaughter, V. (2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *373*(1754). https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0267

Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M., & Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *79*(7), 718–726. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256

Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, *6*(4), 327–337. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6

Newton, A. S., Soleimani, A., Kirkland, S. W., & Gokiert, R. J. (2017). A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, *24*(5), 552–568. https://doi.org/10.1111/acem.13162

O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). *Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Shahram, S. Z., Smith, M. L., Ben-David, S., Feddersen, M., Kemp, T. E., & Plamondon, K. (2021). Promoting 'Zest for Life': A Systematic Literature Review of Resiliency Factors to Prevent Youth Suicide. *Journal of Research on Adolescence*, *31*(1), 4–24. https://doi.org/10.1111/jora.12588

Soole, R., Kõlves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, *19*(3), 285–304. https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694

Sousa, G., Santos, M., Silva, A., Perrelli, J., & Sougey, E. (2017). Suicide in childhood: A literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22(9)*, 3099–3110.

Spears, A. P., Gratch, I., Nam, R. J., Goger, P., & Cha, C. B. (2023). Future Directions in Understanding and Interpreting Discrepant Reports of Suicidal Thoughts and Behaviors Among Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* *52*(1), 134–146. https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2145567

Vancayseele, N. (2023, November 23). Self-harm adolescents. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/T2N5Y

White, J. (2016). *Preventing youth suicide: A guide for practitioners.* Victoria, British Columbia: Ministry of Children and Family Development. Geraadpleegd op: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/managing-your-health/mental-health-substance-use/child-teen-mental-health/preventing_youth_suicide_practitioners_guide.pdf

Younes, N., Chee, C. C., Turbelin, C., Hanslik, T., Passerieux, C., & Melchior, M. (2013). Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, *14*, 68. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-68

Zainum, K., & Cohen, M. C. (2017). Suicide patterns in children and adolescents: A review from a pediatric institution in England. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, *13*(2), 115–122. https://doi.org/10.1007/s12024-017-9860-y

REFERENTIES DEEL 5 – INTERVENTIES

Referenties Deel 5 – Inleiding

Aerts, S., Dumon, E., Van Heeringen, C., & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg.* Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) ; Politeia.

Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2016). Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. *Psychiatric Services, 67*(3), 332–338. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400252

Edgcomb, J. B., Sorter, M., Lorberg, B., & Zima, B. T. (2020). Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, *71*(3), 269–279. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900234

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *146*(12), 1117–1145. https://doi.org/10.1037/bul0000305

Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry*, *69*(6), 572-579. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044

Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373–2382. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5

McBee-Strayer, S. M., Thomas, G. V., Bruns, E. M., Heck, K. M., Alexy, E. R., & Bridge, J. A. (2019). Innovations in Practice: Intensive crisis intervention for adolescent suicidal ideation and behavior—An open trial. *Child and Adolescent Mental Health*, *24*(4), 345–349. https://doi.org/10.1111/camh.12340

McCarthy, L., Pullen, L. M., Savage, J., & Cayce, J. (2017). Risk factors leading to increased rehospitalization rates among adolescents admitted to an acute care child and adolescent psychiatric hospital. *Journal Of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 30*(2), 105-111. https://doi.org/10.1111/jcap.12180

Shain, B., Braverman, P. K., Adelman, W. P., Alderman, E. M., Breuner, C. C., Levine, D. A., ... & O'Brien, R. F. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, *138*(1). https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420

Soffer, S., Lewis, J., Lawrence, O., Marroquin, Y., Doupnik, S., & Benton, T. (2022). Assessing Suicide Risk in a Pediatric Outpatient Behavioral Health System: A Quality Improvement Report. *Pediatric Quality & Safety*, *7*(3). https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000571

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, *27*(2), 129–141. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003

Referenties Deel 5 – Werken met een Safety Plan

Abbott-Smith, S., Ring, N., Dougall, N., & Davey, J. (2023). Suicide prevention: What does the evidence show for the effectiveness of safety planning for children and young people? – A systematic scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30,* 899–910. https://doi.org/10.1111/jpm.12928

Anderson, A. R., Keyes, G., & Jobes, D. (2016). Understanding and Treating Suicidal Risk in Young Children. *Practice Innovations*, *1*(1), 3-19. https://doi.org/10.1037/pri0000018

Baldacara, L., Rocha, G., Leite, V., Porto, D., Grudtner, R., Diaz, A., Meleiro, A., Correa, H., Tung, T., Quevedo, J., & da Silva, A. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(5), 525-537. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994

Bettis, A. H., Donise, K. R., MacPherson, H. A., Bagatelas, P., & Wolff, J. C. (2020). Safety Planning Intervention for Adolescents: Provider Attitudes and Response to Training in the Emergency Services Setting. *Psychiatric Services*, *71*(11), 1136-1142. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900563

Breslin, K., Balaban, J., & Shubkin, C. D. (2020). Adolescent suicide: What can pediatricians do? *Current Opinion in Pediatrics*, *32*(4), 595-600. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000916

Czyz, E. K., King, C. A., & Biermann, B. J. (2019). Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *48*(2), 250-262. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1496442

Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: A pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *62*(8), 1019-1031. https://doi.org/10.1111/jcpp.13383

Doupnik, S., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J., & Marcus, S. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(10), 1021-1030. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586

Drapeau, C. (2019). Establishing a research agenda for child and adolescent safety planning. *Childrens Health Care*, *48*(4), 428-443. https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630281

Galagali, P. M., Dinakar, C., Bala, P., Shah, D., Gupta, P., Rao, C., Ravichandran, L., Aroor, A. R., Shastri, D., Kumar, R. R., Russell, P., & Nair, M. K. C. (2022). Indian Academy of Pediatrics Consensus Guidelines on Prevention and Management of Suicidal Behavior in Adolescents. *Indian Pediatrics*, *59*(7), 553-562. https://doi.org/10.1007/s13312-022-2558-6

Horowitz, L., Tipton, M. V., & Pao, M. (2020). Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide. *Pediatrics*, *145*(Suppl 2), S195-S203. https://doi.org/10.1542/peds.2019-2056H

Jacups, S., & Kozlowski, W. (2021). Safety Planning for Youth With Suicide Risk: A Clinical Audit. *Australian Social Work*. https://doi.org/10.1080/0312407X.2021.1950788

Muscara, F., Ng, O., Crossley, L., Lu, S., Kalisch, L., Melvin, G., Gronow, S., Prakash, C., & Anderson, V. (2020). The feasibility of using smartphone apps to manage self-harm and suicidal acts in adolescents admitted to an inpatient mental health ward. *Digital Health*, *6*, 2055207620975315. https://doi.org/10.1177/2055207620975315

Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A., & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(2), 419-426. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50

O'Brien, K., Almeida, J., View, L., Schofield, M., Hall, W., Aguinaldo, L., Ryan, C., & Maneta, E. (2021). A Safety and Coping Planning Intervention for Suicidal Adolescents in Acute Psychiatric Care. *Cognitive and Behavioral Practice*, *28*(1), 22-39. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.08.003

Pettit, J. W., Buitron, V., & Green, K. L. (2018). Assessment and Management of Suicide Risk in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice,* *25*(4), 460–472. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.04.001

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256–264. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001

Wolff, J. C., Frazier, E. A., Weatherall, S. L., Thompson, A. D., Liu, R. T., & Hunt, J. I. (2018). Piloting of COPES: An Empirically Informed Psychosocial Intervention on an Adolescent Psychiatric Inpatient Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *28*(6), 409-414. https://doi.org/10.1089/cap.2017.0135

Referenties Deel 5 – Psychotherapeutische interventies

Aiken, C. S., Wagner, B. M., & Benjamin Hinnant, J. (2019). Observed Interactions in Families of Adolescent Suicide Attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *49*(1), 104–119. https://doi.org/10.1111/sltb.12423

Aggarwal, S., & Patton, G. (2018). Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evidence-based mental health, 21*(1), 16–22. https://doi.org/10.1136/eb-2017-102791

Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The SAFETY program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*(1), 194–203. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624

Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56*(6), 506–514. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015

Asarnow, J., & Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents—Advances in suicide prevention care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1046–1054. https://doi.org/10.1111/jcpp.13130

Bailey, E., Robinson, J., & Witt, K. (2023) Interventions for youth suicide and suicide-related behaviour: an update to a systematic review. *Australasian Psychiatry, 31*(4), 505-523. https://doi.org/10.1177/10398562231187972

Busby, D., Hatkevich, C., McGuire, T., & King, C. (2020). Evidence-Based Interventions for Youth Suicide Risk. *Current Psychiatry Reports*, 22(2). https://doi.org/10.1007/s11920-020-1129-6

Choo, C., & Burton, A. (2018). Smartphone Apps for Mindfulness Interventions for Suicidality in Asian Youths: Literature Review. *JMIR Mhealth and Uhealth, 6*(6). https://doi.org/10.2196/mhealth.8304

Devenishi, B., Berki, L., & Lewis, A. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian and new zealand journal of psychiatry, 50*(8), 726–740. https://doi.org/10.1177/0004867415627374

Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The role of new technologies to prevent suicide in adolescence: a systematic review of the literature. *Medicina, 57*(2), 109. https://doi.org/10.3390/medicina57020109

Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2017). Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 19*(5), e176. https://doi.org/10.2196/jmir.7332

Iyengar, U., Snowden, N., Asarnow, J. R., Moran, P., Tranah, T., & Ougrin, D. (2018). A Further Look at Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00583

Johnstone, O., Marshall, J., & McIntosh, L. (2022). A Review Comparing Dialectical Behavior Therapy and Mentalization for Adolescents with Borderline Personality Traits, Suicide and Self-harming Behavior. *Adolescent Research Review*, 7(2), 187–209. https://doi.org/10.1007/s40894-020-00147-w

King, C., Arango, A., & Foster, C. (2018). Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Current Opinion in Psychology, 22*, 89–94. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.037

Kothgassner, O., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Regulation*, 7(1). https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9

Kreuze, E., & Ruggiero, K. (2018). Technology-Oriented Suicide Prevention Interventions for Adolescents and Adolescent Gatekeepers: A Qualitative Review. *Adolescent Research Review, 3*(2), 219–233. https://doi.org/10.1007/s40894-017-0060-5

Leech, T., Dorstyn, D., Taylor, A., & Li, WJ. (2021). Mental health apps for adolescents and young adults: A systematic review of randomised controlled trials. *Children and Youth Services Review, 127,* 106073. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106073

Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2018). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice, 92*(4), 465-498. https://doi.org/10.1111/papt.12195

Meza, J. I., Zullo, L., Vargas, S. M., Ougrin, D., & Asarnow, J. R. (2023). Practitioner Review: Common elements in treatments for youth suicide attempts and self-harm - a practitioner review based on review of treatment elements associated with intervention benefits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 64*(10), 1409–1421. https://doi.org/10.1111/jcpp.13780

O'Dea, B., Han, J., Batterham, P. J., Achilles, M. R., Calear, A. L., Werner-Seidler, A., ... & Christensen, H. (2020). A randomised controlled trial of a relationship-focussed mobile phone application for improving adolescents' mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(8), 899-913. https://doi.org/10.1111/jcpp.13294

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Simes, D., Shochet, I., Murray, K., & Sands, I. (2022). A Systematic Review of Qualitative Research of the Experiences of Young People and their Caregivers Affected by Suicidality and Self-harm: Implications for Family-Based Treatment. *Adolescent Research Review, 7*(2), 211–233. https://doi.org/10.1007/s40894-021-00164-3

Szlyk, H., & Tan, J. (2020). The Role of Technology and the Continuum of Care for Youth Suicidality: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 22*(10), e18672. https://doi.org/10.2196/18672

Takahashi, Y., Mikami, K., Akama, F., Onishi, Y., Yamamoto, K., & Matsumoto, H. (2020). Suicide Leap of an 11-Year-Old Girl with Autism Spectrum Disorder. *Global Pediatric Health*, *7*, 2333794X20960278. https://doi.org/10.1177/2333794X20960278

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-pacific Psychiatry*, 13(3), e12452. https://doi.org/10.1111/appy.12452

Wijana, M. B., Enebrink, P., Liljedahl, S. I., & Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 371. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1947-9

Zhou, XY., Edirippulige, S., Bai, XJ., & Bambling, M. (2021). Are online mental health interventions for youth effective? A systematic review. J*ournal of Telemedicine and Telecare, 27*(10), 638-666. https://doi.org/10.1177/1357633X211047285

Referenties Deel 5 – Neurobiologische interventies

Adegbite-Adeniyi, C., Gron, B., Rowles, B. M., Demeter, C. A., & Findling, R. L. (2012). An update on antidepressant use and suicidality in pediatric depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *13*(15), 2119–2130. https://doi.org/10.1517/14656566.2012.726613

Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N, Windfur, K., Ashton, A., Swinson, N., While, D., Lowe, R., Bickley, H., Flynn, S., Hunt, I.M., McDonnell, S., Rodway, C., Roscoe, A., Turnbull, P., Burns, J., Hadfield, K., & Stones, P. (2006). *Avoidable deaths: Five year report by the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness.* London: UK Department of Health. Geraadpleegd op: https://pure.manchester.ac.uk/ws/portalfiles/portal/70178286/avoidable_deaths_full_report_december_2006.pdf

Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in Childhood and Adolescence. *Deutsches Arzteblatt International*, *117*(15), 261–267. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0261

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI, a). GECOMMENTARIEERD GENEESMIDDELENREPERTORIUM: 10.2.4. Antidepressive. Geraadpleegd op: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7930&trade_family=5892

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI, b). GECOMMENTARIEERD GENEESMIDDELENREPERTORIUM: 10.3. Atypische antipsychotica. Geraadpleegd op: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7997

Benitez, J. S. C., Hernandez, T. E., Sundararajan, R., Sarwar, S., Arriaga, A. J., Khan, A. T., ... & Matayoshi-Pérez, A. (2022). Advantages and Disadvantages of Using St. John's Wort as a Treatment for Depression. *Cureus, 14*(9). https://doi.org/10.7759/cureus.29468

Boaden, K., Tomlinson, A., Cortese, S., & Cipriani, A. (2020). Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 717. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00717

Brent, D. A. (2016). Antidepressants and Suicidality. *The Psychiatric Clinics of North America*, *39*(3), 503–512. https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002

Brown, J. T., Campo-Soria, C., & Bishop, J. R. (2021). Current strategies for predicting side effects from second generation antipsychotics in youth. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, *17*(6), 655–664. https://doi.org/10.1080/17425255.2021.1922668

Cousins, L., & Goodyer, I. M. (2015). Antidepressants and the adolescent brain. *Journal of Psychopharmacology*, *29*(5), 545–555. https://doi.org/10.1177/0269881115573542

Declercq, T., Habraken, H., Van Den Ameele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2016). Depressie Bij Volwassenen: Herziening in opdracht van de commissie richtlijnen. *Antwerpen: Domus Medica VZW.*

Di Vincenzo, J., Siegel, A., Lipsitz, O., Ho, R., Teopiz, K., Ng, J., Lui, L., Lin, K., Cao, B., Rodrigues, N., Gill, H., McIntyre, R., & Rosenblat, J. (2021). The effectiveness, safety and tolerability of ketamine for depression in adolescents and older adults: A systematic review. *Journal Of Psychiatric Research*, *137*, 232–241. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.058

Edinoff, A. N., Akuly, H. A., Hanna, T. A., Ochoa, C. O., Patti, S. J., Ghaffar, Y. A., Kaye, A. D., Viswanath, O., Urits, I., Boyer, A. G., Cornett, E. M., & Kaye, A. M. (2021). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Adverse Effects: A Narrative Review. *Neurology International*, *13*(3), 387–401. https://doi.org/10.3390/neurolint13030038

Faria-Guimarães, D., Vieira, F., Souza-Marques, B., Silva, S. S., Bandeira, I. D., Souza, L. S., ... & Quarantini, L. C. (2022). Letter to the Editor: Antidepressant and Antisuicidal Effects of Esketamine in Adolescents with Major Depressive Disorder and Suicidal Ideation: A Case Series. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 32*(6), 366-367. https://doi.org/10.1089/cap.2022.0013

Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry*, *69*(6), 572-579. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2044

Głąbska, D., Kołota, A., Lachowicz, K., Skolmowska, D., Stachoń, M., & Guzek, D. (2021). The influence of vitamin D intake and status on mental health in children: a systematic review. *Nutrients, 13*(3), 952. https://doi.org/10.3390/nu13030952

Gordon, M. S., & Melvin, G. A. (2014). Do antidepressants make children and adolescents suicidal? *Journal of Paediatrics and Child Health*, *50*(11), 847–854. https://doi.org/10.1111/jpc.12655

Guile, J., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Riviere, S. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health Medicine and Therapeutics*, *9*, 199–210. https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565

Hazell, P. (2022). Antidepressants in adolescence. *Australian Prescriber*, *45*(2), 49–52. https://doi.org/10.18773/austprescr.2022.011

Hetrick, S., McKenzie, J., Cox, G., Simmons, M., & Merry, S. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004851.pub3

Hussain, H., Dubicka, B., & Wilkinson, P. (2018). Recent developments in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Mental Health*, *21*(3), 101–106. https://doi.org/10.1136/eb-2018-102937

Isacsson, G., & Rich, C. L. (2014). Antidepressant drugs and the risk of suicide in children and adolescents. *Paediatric Drugs*, *16*(2), 115–122. https://doi.org/10.1007/s40272-013-0061-1

Kim, S., Rush, B., & Rice, T. (2021). A systematic review of therapeutic ketamine use in children and adolescents with treatment-resistant mood disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(10), 1485–1501. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01542-3

Kinderformularium (n.d.). Lithium. Geraadpleegd op: https://www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/236/lithium

Kumar, T., Kathpal, A., & Demer, J. (2016). Clozapine for treatment of aggression in non-psychotic adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, *22*, 102-104. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.006

Majumder, P., Balan, S., Gupta, V., Wadhwa, R., & Perera, T. D. (2021). The Safety and Efficacy of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in the Treatment of Major Depression Among Children and Adolescents: A Systematic Review. *Cureus*, *13*(4), e14564. https://doi.org/10.7759/cureus.14564

Mehta, S., Konstantinou, G., Weissman, C. R., Daskalakis, Z. J., Voineskos, D., Downar, J., Mulsant, B. H., & Blumberger, D. M. (2022). The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *83*(2), 21r13969. https://doi.org/10.4088/JCP.21r13969

Miller, D. N., & Mazza, J. J. (2017). Evidence-based interventions for suicidal behavior in children and adolescents. In L. A. Theodore (Ed.), *Handbook of evidence-based interventions for children and adolescents* (pp. 55–66). Springer Publishing Company.

Pompili, M., Longo, L., Dominici, G., Serafini, G., Lamis, D. A., Sarris, J., ... & Girardi, P. (2017). Polyunsaturated fatty acids and suicide risk in mood disorders: A systematic review. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry,* 74, 43-56. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.11.007

Qiu, H., Liang, K., Lu, L., Gao, Y., Li, H., Hu, X., Xing, H., Huang, X., & Gong, Q. (2022). Efficacy and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation in children and adolescents with depression: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *320*, 305–312. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.060

Renaud, J., Birmaher, B., Wassick, S. C., & Bridge, J. (1999). Use of selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of childhood panic disorder: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *9*(2), 73-83. https://doi.org/10.1089/cap.1999.9.73

Shetty, R. (2020). An Overview on Medicinal Plants with Potential Antidepressant Activity. *International Journal of Life Science and Pharma Research, 10*(5), L180-L185. https://doi.org/10.22376/ijpbs/lpr.2020.10.5.L180-185

Strong, C., & Kabbaj, M. (2018). On the safety of repeated ketamine infusions for the treatment of depression: Effects of sex and developmental periods. *Neurobiology of Stress*, *9*, 166–175. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.09.001

Szewczyk, B., Poleszak, E., Sowa-Kucma, M., Siwek, M., Dudek, D., Ryszewska-Pokrasniewicz, B., ... & Nowak, G. (2008). -Antidepressant activity of zinc and magnesium in view of the current hypotheses of antidepressant action. *Pharmacological Reports, 60*(5), 588.

Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2021). Prevention of suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *23*(1), 14-23. https://doi.org/10.1111/bdi.13017

van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 63-72. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2

Walsh, Z., Mollaahmetoglu, O. M., Rootman, J., Golsof, S., Keeler, J., Marsh, B., ... & Morgan, C. J. (2022). Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: comprehensive systematic review. *BJPsych Open,* *8*(1), e19. http://doi.org/10.1192/bjo.2021.1061

Wang, Z., Whiteside, S. P. H., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., Barrionuevo, P., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Larrea-Mantilla, L., Ponce, O. J., LeBlanc, A., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *171*(11), 1049–1056. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, *13*(3), e12452. https://doi.org/10.1111/appy.12452

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Salisbury, T. L. T., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2

Yosaee, S., Clark, C. C., Keshtkaran, Z., Ashourpour, M., Keshani, P., & Soltani, S. (2022). Zinc in depression: From development to treatment: A comparative/dose response meta-analysis of observational studies and randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 74, 110-117. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.001

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646–659. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., … Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *7*(7), 581–601. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1

Referenties Deel 5 – Na een poging

Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Verge-Muñoz, M., Esnaola-Letemendia, K., Palao-Vidal, D., & Villar-Cabeza, F. (2022). Predictors of Suicide Re-Attempt in a Spanish Adolescent Population after 12 Months' Follow-Up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph19137566

Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & Anderson, N. L. (2015). The SAFETY Program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *44*(1), 194–203. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624

Connell, S. K., Burkhart, Q., Tolpadi, A., Parast, L., Gidengil, C. A., Yung, S., Basco, W. T., Williams, D., Britto, M. T., Brittan, M., Wood, K. E., Bardach, N., McGalliard, J., & Mangione-Smith, R. (2021). Quality of Care for Youth Hospitalized for Suicidal Ideation and Self-Harm. *Academic Pediatrics*, *21*(7), 1179–1186. https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.05.019

Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J.-M., Mirkovic, B., Knafo, A., Mahé, V., Laurent, C., Renaud, J., Labelle, R., Breton, J.-J., & Gérardin, P. (2015). Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *60*(2 Suppl 1), S27-36.

Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2016a). Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. *Psychiatric Services*, *67*(3), 332–338. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400252

Czyz, E. K., Horwitz, A. G., & King, C. A. (2016b). Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients. *Depression and Anxiety*, *33*(6), 512–519. https://doi.org/10.1002/da.22514

Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Network Open*, *3*(8), e2012887. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887

Freeman, J., Strauss, P., Hamilton, S., Pugh, C., Browne, K., Caren, S., Harris, C., Millett, L., Smith, W., & Lin, A. (2022). They Told Me 'This Isn't a Hotel': Young People's Experiences and Perceptions of Care When Presenting to the Emergency Department with Suicide-Related Behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3). https://doi.org/10.3390/ijerph19031377

Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry, 9*(11), 922-928. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2

Huang, Y.-C., Wu, Y.-W., Chen, C.-K., & Wang, L.-J. (2014). Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: A community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 711–718. https://doi.org/10.2147/NDT.S61965

Kennard, B. D., Biernesser, C., Wolfe, K. L., Foxwell, A. A., Craddock Lee, S. J., Rial, K. V., Patel, S., Cheng, C., Goldstein, T., McMakin, D., Blastos, B., Douaihy, A., Zelazny, J., & Brent, D. A. (2015). Developing a Brief Suicide Prevention Intervention and Mobile Phone Application: A Qualitative Report. *Journal of Technology in Human Services*, *33*(4), 345–357. https://doi.org/10.1080/15228835.2015.1106384

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(8), 777–785. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(4), 295–300. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005

Mehlum, L., Ramleth, R.-K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *60*(10), 1112–1122. https://doi.org/10.1111/jcpp.13077

Messiah, A., Notredame, C.-E., Demarty, A.-L., Duhem, S., & Vaiva, G. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One*, *14*(2), e0210778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778

Miranda, R., De Jaegere, E., Restifo, K., & Shaffer, D. (2014). Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: Aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depression and Anxiety*, *31*(1), 19–26. https://doi.org/10.1002/da.22194

Normand, D., Colin, S., Gaboulaud, V., Baubet, T., & Taieb, O. (2018). How to stay in touch with adolescents and young adults after a suicide attempt? Implementation of a 4-phones-calls procedure over 1 year after discharge from hospital, in a Parisian suburb. *L'Encephale*, *44*(4), 301–307. https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.10.011

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97 107.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Pitman, A., Krysinska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet, 379*(9834), 2383-2392. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4

Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *50*(3), 652–667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *266*, 686–694. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178

Stevens, G. J., Hammond, T. E., Brownhill, S., Anand, M., de la Riva, A., Hawkins, J., Chapman, T., Baldacchino, R., Micallef, J.-A., Andepalli, J., Kotak, A., Gunja, N., Page, A., Gould, G., Ryan, C. J., Whyte, I. M., Carter, G. L., & Jones, A. (2019). SMS SOS: a randomized controlled trial to reduce self-harm and suicide attempts using SMS text messaging. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 117. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2104-9

Vancayseele, N., Van Hevele, E., van Heeringen, C. & Portzky, G., (2022). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2021. Gent. Geraadpleegd op: https://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/downloads-nl

Watling, D. P., Preece, M. H. W., Hawgood, J., Bloomfield, S., & Kõlves, K. (2022). Developing a post-discharge suicide prevention intervention for children and young people: A qualitative study of integrating the lived-experience of young people, their carers, and mental health clinicians. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s13034-022-00460-3

Xanthopoulou, P., Ryan, M., Lomas, M., & McCabe, R. (2022). Psychosocial assessment in the emergency department: The experiences of people presenting with self-harm and suicidality. *Crisis, 43*(4), 299–306. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000786

Yen, S., Weinstock, L. M., Andover, M. S., Sheets, E. S., Selby, E. A., & Spirito, A. (2013). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological Medicine*, *43*(5), 983–993. https://doi.org/10.1017/S0033291712001912

REFERENTIES DEEL 6 – NA EEN ZELFDODING

Abbott, C. H., & Zakriski, A. L. (2014). Grief and Attitudes Toward Suicide in Peers Affected by a Cluster of Suicides as Adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior, 44*(6). 668-681. https://doi.org/10.1111/sltb.12100

Al-Mateen, C., Jones, K., Linker, J., O'Keefe, D., & Cimolai, V. (2018). Clinician Response to a Child Who Completes Suicide. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 27(4),* 621-635. https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.05.006

Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2016). Pre- and postloss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review. *Death Studies*, *40*(4), 229–246. https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1128497

Balk, D. E., Zaengle, D., & Corr C. A. (2011). Strengthening grief support for adolescents coping with a peer's death. *School Psychology International, 32*(2), 144-162. https://doi.org/10.1177/0143034311400826

Bartik, W., Maple, M., & McKay, K. (2015). Suicide bereavement and stigma for young people in rural Australia: a mixed methods study. *Advances in Mental Health, 13(*1), 84-95. https://doi.org/10.1080/18374905.2015.1026301

Calderaro, M., Baethge, C., Bermpohl, F., Gutwinski, S., Schouler-Ocak, M., & Henssler, J. (2022). Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: Systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *The British Journal of Psychiatry, 220*(3), 121–129. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.158

del Carpio, L., Paul, S., Paterson, A., & Rasmussen, S. (2021). A systematic review of controlled studies of suicidal and self-harming behaviours in adolescents following bereavement by suicide. *PLOS ONE*, *16*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254203

Dunne, E. J., & Dunne-Maxim, K. (2009). Why suicide loss is different for survivors. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective (pp. 605–608).* Oxford, UK: Oxford University Press.

Guldin, M. B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. *JAMA Psychiatry, 72*(12), 1227-1234. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Hill, N. T. M., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysinska, K., Payne, A., et al. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS Medicine, 17*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003074

Ho, T. P., Leung, P. W. L., Hung, S. F., Lee, C. C., & Tang, C. P. (2000). The mental health of the peers of suicide completers and attempters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(03), 301–308. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00614

Hua, P., Bugeja, L., & Maple, M. (2019). A systematic review on the relationship between childhood exposure to external cause parental death, including suicide, on subsequent suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 723–734. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.082

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). "Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question," in J. R. Jordan, J. L. McIntosh *(*Eds.), *Grief After Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (pp 19-42). New York, USA: Routledge.

Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31(1),* 91–102. https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310

Klee, K., & Bartkowski, J. P. (2022). Minding Mental Health: Clinicians' Engagement with Youth Suicide Prevention. *Social Sciences, 11*(5), 209. http://dx.doi.org/10.3390/socsci11050209

Maes, J., & Modderman, H. (2014). *Handboek rouw, rouwbegeleiding, rouwtherapie: tussen presentie en interventie*. S.l.: Witsand.

Malgaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychological Medicine, 48*(14), 2439-2448. https://doi.org/10.1017/S0033291718001769

Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is Exposure to Suicide Beyond Kin Associated with Risk for Suicidal Behavior? A Systematic Review of the Evidence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 461–474. https://doi.org/10.1111/sltb.12308

Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 86-94. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X

Ranning, A., Madsen, T., Hawton, K., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2022). Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behaviour: a retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark. *The Lancet Psychiatry, 9*(5), 363-374. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00042-6

Sajan, M., Kakar, K., & Majid, U. (2022). Social Interactions While Grieving Suicide Loss: A Qualitative Review of 58 Studies. *Family Journal*, *30*(3), 401–410. https://doi.org/10.1177/10664807211052492

Sandler, I., Tein, J., Wolchik, S., Ayers, T. (2016). The Effects of the Family Bereavement Program to Reduce Suicide Ideation and/or Attempts of Parentally Bereaved Children Six and Fifteen Years Later. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(S1), S32-S38. https://doi.org/10.1111/sltb.12256

Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 265. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4

Silvén Hagström, A. (2013). 'The stranger inside': Suicide-related grief and 'othering' among teenage daughters following the loss of a father to suicide. *Nordic Social Work Research, 3*(2), 185–193. https://doi.org/10.1080/2156857x.2013.801877

Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: A systematic review. *BMC Public Health*, *17*(1), 939. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-journal of Death and Dying, 61*(4), 273-289. https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b

Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, D. A., & Runeson, B. (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(5), 514-523. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.020

Zavrou, R., Charalambous, A., Papastavrou, E., Koutrouba, A., & Karanikola, M. (2022). Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30*(2), 182-207. https://doi.org/10.1111/jpm.12866

Zhang, N., Sandler, I., Teinv, J., & Wolchik, S. (2021). Reducing suicide risk in parentally bereaved youth through promoting effective parenting: testing a developmental cascade model. *Development and Psychopathology. 35*(1), 433-446. https://doi.org/10.1017/S0954579421001474

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M.K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports, 16*(10), 1–10. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Deze richtlijn kwam tot stand met steun van de Vlaamse Overheid