

**De invloed van Cognitieve Gedragstherapie voor Suïcidepreventie (CGT-SP) op de  
overgang van suïcidedachten naar suïdepogingen: een systematische  
literatuurreview**

Student: A.L. Lassche (s3985873)

Begeleidster en eerste beoordelaar: dr. D. D. van Bergen

Tweede beoordelaar: dr. V.E.C. Koopman

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

Juni 2024

Aantal woorden: 7963

## **Abstract**

**Background** Suicide is the leading cause of death among young people in the Netherlands. Cognitive Behavioural Therapy for Suicide Prevention (CGT-SP) aims to reduce suicidality through goal setting, learning different coping strategies, safetyplanning and preventing relapse. This study examines the influence of CGT-SP on the transition from suicidal ideation to suicide attempt among adolescents that have previously made a suicide attempt.

**Method** This study is a systematic literature review. 14 studies have been selected from the databases PsycINFO, SOCindex, MEDLINE, Web of Science and CINAHL based on inclusion and exclusion criteria and they have been checked on their quality. Characteristics of the studies have been extracted from the articles to create an overview.

**Results** The influence of CGT-SP on depression, hopelessness, connectedness, capability of suicide, suicidality and suicide attempts is presented in a narrative way. CGT-SP can have an influence on these phenomena. For instance, the study of Esposito et al. (2011) presents a decrease in depression with a cohen's d of -.51 and a decrease of suicide attempts with a cohen's d of -.82. However, there are also studies included that did not find any significant effects.

**Discussion** CGT-SP can help reduce depression, hopelessness, capability of suicide, suicidality and suicide attempts and increase the level of connectedness. Further randomized controlled trials on specifically CGT-SP are needed to determine the effectiveness.

## **Inleiding**

Tegenwoordig is suïcidaliteit in Nederland bij jongeren en jongvolwassenen de grootste doodsoorzaak. Sinds het jaar 2000 neemt het aantal jongeren onder de 30 jaar dat door zelfdoding om het leven komt toe (NJI, 2023). Van de mensen die een suïcidepoging ondergaan, heeft een groot deel al lange tijd last van suïcidale gedachten (Kessler et al., 1999). Onder suïcidegedachten verstaan we alle gedachten aan suïcide of suïcidaal gedrag. Onder suïcidaal gedrag vallen alle handelingen die onder zelfbeschadiging vallen en uiteindelijk zouden kunnen leiden tot zelfmoord (Labelle et al., 2015). Suïcidale gedachten, gedrag en pogingen zijn grote risicofactoren voor herhaald suïcidaal gedrag en suïcidepogingen op latere leeftijd (Asarnow et al., 2017). Juist daarom is het zo belangrijk om een goede behandeling te kunnen bieden aan jongeren met suïcidegedachten, zodat een eventuele suïcidepoging kan worden voorkomen.

De afgelopen decennia zijn er wereldwijd steeds meer onderzoeken uitgevoerd ter preventie van suïcidegedachten en suïcidepogingen. Door de onderzoeken wordt er steeds meer kennis verkregen, maar het aantal jongeren dat om het leven komt door zelfdoding lijkt maar niet te dalen (Ougrin et al., 2015). Waarschijnlijk is het noodzakelijk om het hele proces van suïcidegedachten naar -pogingen beter te begrijpen, om de juiste behandelingen te kunnen bieden (Klonsky & May, 2015).

Cognitieve Gedragstherapie voor Suïcidepreventie (CGT-SP) is een behandelmethode die wordt gebruikt bij mensen die recent een suïcidepoging hebben gedaan of die suïcidale gedachten ervaren (Stanley et al., 2009). Tijdens de behandeling wordt er gewerkt aan verschillende dingen. Er worden onder andere doelen opgesteld, gewerkt aan copingstrategieën in risicosituaties, er wordt een veiligheidsplan opgesteld en er wordt toegewerkt naar het voorkomen van een terugval (Wenzel et al., 2009).

Suïcidaal gedrag vertonen is een van de grootste risicofactoren voor het overlijden door suïcide later in het leven (Gøtzsche & Gøtzsche, 2017). Het is noodzakelijk dat jongeren die suïcidaal zijn een effectieve behandeling krijgen, zodat ze niet op latere leeftijd toch door suïcide om het leven komen. Op deze manier kunnen we het aantal jongeren dat door suïcide om het leven komt, verminderen (Stanley et al., 2009).

Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van therapieën op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag en suïcidaliteit in het algemeen. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de invloed van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) op het voorkomen van een herhaalde suïcidepoging (Gøtsche et al., 2017).

Cognitieve Gedragstherapie is een van de meest gebruikte methoden om suïcidaliteit te behandelen. In deze studie wordt de invloed van CGT-SP op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen onderzocht bij jongeren die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan of suïcidale gedachten ervaren. Zo kan worden bekeken in hoeverre CGT effectief ingezet kan worden als preventieve interventie bij jongeren tussen de 10 en 25 jaar met suïcidegedachten die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan. De onderzoeksvraag hierbij luidt: Wat is de invloed van Cognitieve Gedragstherapie voor Suïcidepreventie (CGT-SP) op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen voor jongeren tussen de 10 en 25 jaar oud?

### **Theoretisch kader**

Aan deze studie liggen verschillende theorieën ten grondslag. Om een duidelijk beeld te krijgen van het onderwerp 'suïcidaliteit onder jongeren' worden de relevante modellen en theorieën uitgelicht. Er is veel onderzoek gedaan naar wat beschermende- en risicofactoren voor suïcidegedrag zijn. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen. Dit wordt ook wel een lacune in de literatuur

genoemd. Met de risicofactoren die nu worden beschreven, kun je het groepsgedrag van suïcidale mensen niet goed genoeg voorspellen en het is dan ook noodzakelijk voor toekomstig suïcideonderzoek dat deze lacune gedicht gaat worden (Burke & Alloy, 2016).

Klonsky en May (2015) beschrijven een relatief nieuwe theorie op gebied van suïcidaliteit en de overgang naar suïcidepogingen: the Three Step Theory. De theorie ziet het ontstaan van suïcidegedachten en de overgang naar suïcidepogingen als twee verschillende processen en heeft verschillende verklaringen voor beide processen. De eerste twee van de drie stappen gaan over de vorming van suïcidegedachten. Het begint volgens Klonsky en May (2015) altijd met een combinatie van fysieke en/of emotionele pijn en hopeloosheid. Mensen ervaren pijn en kunnen ook geen verbetering meer inzien.

De tweede stap gaat over verbondenheid. Mensen kunnen iets hebben waar ze zich verbonden mee voelen, zoals andere mensen, werk, geloof of een interesse in iets. Zo lang deze verbondenheid groter is dan de pijn en hopeloosheid die ze ervaren, is het een beschermende factor om niet over te gaan naar een suïcidepoging.

De derde stap gaat over de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen. Hierbij gaat het erom of de mensen met suïcidegedachten ook daadwerkelijk in staat zijn om een suïcidepoging te doen en hun lichaam deze pijn te laten ervaren. Bij de ene individu is het waarschijnlijker om over te gaan tot een poging dan bij de andere individu. Dit ligt ook aan verschillende factoren. De ene individu kan er door aanleg eerder toe in staat zijn. Een tweede factor gaat over hoe je kijkt naar pijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand minder bang is voor pijn en zo eerder in staat is om zichzelf pijn te doen en suïcide te plegen. De laatste factor gaat over de praktische omstandigheden van iemand en hoe 'makkelijk' het voor degene is om eventueel een einde aan zijn/haar leven te maken.

Dhingra et al. (2018) testten de Three-Step-Theory bij een steekproef van 665 universiteitsstudenten. De eerste stap, dat suïcidegedachten ontstaan door een combinatie van

pijn en hopeloosheid, werd sterk bekrachtigd. De tweede stap, dat ‘verbondenheid’ een beschermende factor is, werd deels bekrachtigd. In het onderzoek is alleen rekening gehouden met verbondenheid met individuen en Klonsky en May (2015) bedoelen verbondenheid ook in de bredere zin, ook met andere dingen dan alleen mensen. De derde stap, dat mensen echt in staat zijn om zelfmoord te plegen, werd ook bekrachtigd.

O’Connor en Kirtley (2018) beschreven het Integrated Motivational-Volitional (IMV) model van suïcidaal gedrag. Ook dit model ziet het ontstaan van suïcidale gedachten en de overgang van gedachten naar pogingen als verschillende processen. Binnen het model zijn er drie fasen: de pre-motivatiefase, de motivatiefase en de doelbewuste fase. De pre-motivatiefase speelt zich vóór het ontstaan van suïcidegedachten af. Dit zijn de kwetsbare momenten en gebeurtenissen die de persoon heeft meegemaakt. De motivatiefase focust zich op het ontstaan van suïcidegedachten en -gedragingen door het ervaren van ‘nederlaag’ en het gevoel van ‘beknelling’. De doelbewuste fase richt zich op de daadwerkelijke overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen en de factoren die hierbij een rol spelen, zoals de toegankelijkheid tot suïcide middelen, impulsiviteit en vorige suïcidepogingen (O’Connor & Kirtley, 2018).

Branley-Bell et al. (2019) testten het IMV-model door middel van een onderzoek bij 299 suïcidale jongeren door middel van interviewanalyse. De bevindingen van het onderzoek waren in lijn met het idee van het IMV-model. Het is inderdaad vooral de doelbewuste fase die het onderscheid maakt tussen suïcidegedachten en suïcidepogingen.

In deze scriptie wordt onderzoek gedaan naar de invloed van CGT-SP. CGT-SP is een bepaalde vorm van algemene Cognitieve Gedragstherapie (CGT). De basis van de Cognitieve Gedragstheorie gaat over een samenspel van iemands gedrag, gevoelens en gedachten. Hierbij kunnen je gedachten en gevoelens invloed hebben op je gedrag en andersom. Het

algemene doel van CGT is om de negatieve gedachten en kernovertuigingen van een persoon te achterhalen en te veranderen. Het suïcidegedrag van jongeren komt vaak voort uit negatieve gedachten. Begrijpen hoe de suïcidegedachten van een persoon tot stand komen en hoe deze zich ontwikkelen, is cruciaal voor het voorkomen van suïcide (Mandel et al., 2021).

Wenzel et al. (2009) beschreven in hun handboek een cognitieve gedragstherapie voor suïcidale jongeren. De therapie bestaat uit drie fases. In de eerste fase wordt er een vertrouwensband opgebouwd met de therapeut en worden de ouders betrokken bij de therapie. Er wordt een duidelijk beeld geschetst van het probleem en alle voorafgaande gebeurtenissen. Daarnaast wordt er een veiligheidsplan opgesteld, om te voorkomen dat de jongere weer een suïcidepoging doet. Als laatste worden er met de jongere doelen gesteld om naartoe te werken tijdens de sessies. De tweede fase bestaat uit het verbeteren van copingstrategieën, het vinden van redenen om te blijven leven, het verbeteren van familierelaties en het verminderen van zelfbeschadigend gedrag. De laatste fase is gericht op het vasthouden en doorzetten van de geleerde vaardigheden, reflecteren op de gestelde doelen, het opstellen van een 'relapse-protocol' en het voorbereiden op het aflopen van de therapie (Wenzel et al., 2009).

Labelle et al. (2015) voerden een meta-analyse uit. Ze onderzochten hierbij hoe effectief een interventie gebaseerd op CGT is bij het verminderen van suïcidegedrag, suïcidegedachten en suïcidepogingen bij jongeren. Globaal werd gevonden dat interventies gebaseerd op CGT een significant positief effect had op het verminderen van suïcidegedrag, suïcidegedachten en suïcidepogingen. Voor de drie uitkomstmaten werden er wel verschillen gevonden in welke interventiekenmerken belangrijk zijn. Voor het verminderen van suïcidepogingen was de duur van de interventie een belangrijke factor. De effecten van een interventie gebaseerd op CGT op de lange termijn werden niet gemeten, omdat er weinig tot geen follow-up werd gedaan (Labelle et al., 2015).

Onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij suïcidale jongeren zoals in de studie van Labelle et al. (2015) is dus al wel uitgevoerd. Deze studie onderzocht vooral de effectiviteit bij jongeren die nog niet eerder een suïcidepoging hebben gedaan en daarom focust deze scriptie zich juist op jongeren die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan.

### **Methode**

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag wordt een systematische literatuurreview uitgevoerd. De literatuur wordt gezocht in de databases PsycINFO, SocINDEX, MEDLINE en Web of Science met een zoekslag. Suïcidegedachten komen vanuit de psyche en zijn vaak het gevolg van depressie, vandaar dat PsycINFO de eerste keuze was als database. SocINDEX is de algemene database van de sociale wetenschappen. Suïcide kun je ook zien als een maatschappelijk probleem of verschijnsel, waardoor de keuze voor SocINDEX ook duidelijk was. MEDLINE is de database voor de geneeskunde. Suïcidale personen kunnen met de psychiatrie te maken krijgen, wat een onderdeel van de geneeskunde is. Als laatste wordt Web of Science geraadpleegd, omdat dit een algemene database is. De zoektermen zijn allemaal op AB Abstract gezet. De definitieve zoekslag is te vinden in Tabel 1.



## Tabel 1

### Zoekslag

<b>Kernwoorden</b>	<b>Zoektermen</b>
Cognitive Behavioral Therapy	Cognitive behavioral therapy OR Cognitive behavioural therapy OR cbt-sp OR cbt sp OR cognitive behavioral therapy for suicide prevention OR cognitive behavioural therapy for suicide prevention
Youth	Youth OR Youths OR Adolescent OR Adolescents OR Teenager OR Teenagers OR teen* OR teens OR Young adult OR young adults OR Child* OR children

### Suicid\*

De verkregen artikelselectie wordt gescreend aan de hand van vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria. Allereerst worden de artikelen die niet peer-reviewed zijn, geëxcludeerd. Ook worden artikelen die ouder zijn dan 2004, geëxcludeerd. Hoe langer geleden een artikel is gepubliceerd, hoe minder relevant het kan zijn. De resterende artikelselectie wordt geëxporteerd naar Rayyan. In Rayyan worden eerst de duplicaten verwijderd. Daarna wordt in Rayyan een voorselectie, titelselectie en abstractselectie uitgevoerd. Vervolgens wordt op de resterende artikelen een volledige tekstselectie en sneeuwbalselectie uitgevoerd. De artikelen die overblijven, worden geïncludeerd in de systematische literatuurreview. Uit de uiteindelijke artikelset wordt informatie verzameld uit voorgaande onderzoeken, om een zo goed mogelijk antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag. De gehanteerde inclusie- en exclusiecriteria zijn te vinden in Tabel 2.

## **Tabel 2**

### *Inclusie- en exclusiecriteria*

<b>Inclusiecriteria</b>	<b>Exclusiecriteria</b>
Jongeren zijn 10 t/m 25 jaar oud	Studies zijn ouder dan 2004
Studies zijn peer-reviewed	Jongeren hebben een andere interventie dan CGT-SP gevolgd
Zoektermen komen voor in de titel of abstract van de studie	Jongeren hebben geen suïcidepoging gedaan
Jongeren hebben de interventie CGT-SP gevolgd	
Jongeren hebben een suïcidepoging gedaan	

### *Data-analyse*

Er wordt een narratieve data-extractie uitgevoerd en de belangrijkste resultaten van de artikelen worden in verhaalvorm genoteerd. In alle studies die zijn geïncludeerd, worden jongeren met een eerdere suïcidepoging behandeld met (een vorm van) CGT. De onderzoeksvraag van deze scriptie gaat erover welke invloed CGT heeft op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen. Bij het noteren van de kenmerken van alle geïncludeerde studies is de primaire uitkomstmaat 'suïcidepogingen'. Door overzicht te creëren tussen de belangrijkste resultaten per studie, kunnen overkoepelende conclusies worden getrokken om zo tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen.

### *Kwaliteitscheck*

Er zijn twaalf artikelen geïncludeerd met de vorm van een randomized trial (RT) en drie artikelen in de vorm van een casestudy. De twaalf RT's zijn onderworpen aan een kwaliteitscheck aan de hand van de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) checklist voor randomized controlled trials (Singh, 2013). De artikelen worden aan elf vragen onderworpen en er wordt geantwoord met een ja (+) of een nee (-). De resultaten staan in Tabel 3. De volgende vragen worden gesteld:

1. Is er een duidelijke onderzoeksvraag opgesteld?
2. Zijn de participanten gerandomiseerd toegewezen aan een interventie?
3. Is er duidelijk wat er met alle participanten na afloop van de interventie is gebeurd?
4. Werden de participanten 'blind' aan een interventie toegewezen?
5. Zijn de verschillende groepen die onderworpen worden aan een interventie vergelijkbaar?
6. Naast de interventie, ontving elke groep dezelfde hoeveelheid zorg (werden ze gelijk behandeld)?
7. Worden de effecten van de interventie uitgebreid gerapporteerd?
8. Is er duidelijk gemaakt hoe precies de resultaten van de interventie zijn?
9. Zijn de voordelen van de interventie groter dan de nadelen en kosten?
10. Zijn de resultaten relevant voor jouw populatie/in jouw context?
11. Zou de experimentele interventie meer waarde bieden voor de mensen in uw zorg dan een van de bestaande interventies/Is de interventie effectief gebleken?

Op de verticale as staan de nummers van de vragen. Op de horizontale as staan de nummers van de artikelen. Deze zijn gelijk aan de nummers die vermeld staan in Tabel 5.

**Tabel 3***Kwaliteitscheck CASP (Singh, 2013)*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>2</b>	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-
<b>3</b>	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+
<b>4</b>	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	-
<b>5</b>	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+
<b>6</b>	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>7</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>8</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>9</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>10</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>11</b>	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+

De drie casestudies zijn onderworpen aan de CASP checklist voor kwalitatief onderzoek (Singh, 2013). De artikelen worden aan tien vragen onderworpen en er wordt geantwoord met een ja (+) of een nee (-). De volgende vragen worden gesteld:

1. Is het doel van het onderzoek duidelijk gemaakt?
2. Is een kwalitatieve methode passend bij het onderzoek?
3. Is het design van het onderzoek passend bij het doel?
4. Is de manier van participanten werven passend bij het doel van het onderzoek?
5. Werd de data verzameld op een manier die het onderzoeksprobleem aanpakte?

6. Is de relatie tussen participant en onderzoeker duidelijk beschreven?
7. Zijn ethische kwesties in overweging genomen?
8. Is de data-analyse grondig genoeg geweest?
9. Zijn de resultaten duidelijk beschreven?
10. Is het onderzoek waardevol?

Op de verticale as staan de nummers van de vragen. Op de horizontale as staan de nummers van de artikelen. Deze zijn gelijk aan de nummers die vermeld staan in Tabel 5. De resultaten zijn te zien in onderstaande Tabel 4.

**Tabel 4**

*Kwaliteitscheck CASP (Singh, 2013)*

	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	+	+	+
<b>2</b>	+	+	+
<b>3</b>	+	+	+
<b>4</b>	+	+	+
<b>5</b>	+	+	+
<b>6</b>	+	-	-
<b>7</b>	+	-	-
<b>8</b>	+	+	-
<b>9</b>	+/-	+	-
<b>10</b>	+	+	-

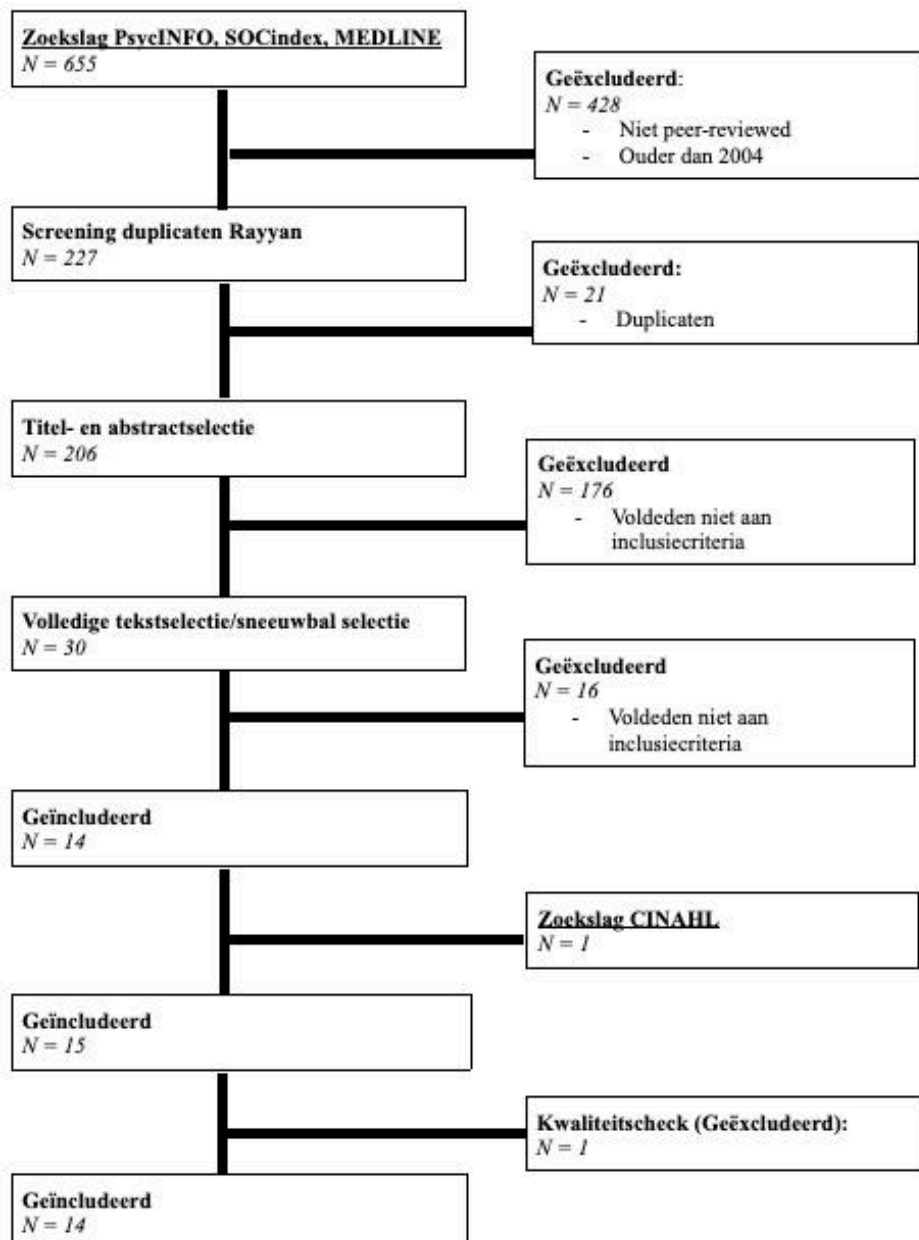
Aan de hand van de kwaliteitscheck is besloten om artikel nummer 15 (Zhang et al., 2022) niet mee te nemen in de resultaten. Er zijn geen resultaten bekend en er is geen contact meer met de participant van de casestudy. Hierdoor heeft de dit artikel weinig tot geen toegevoegde waarde.

## Resultaten

Er zijn uiteindelijk veertien artikelen geïncludeerd in deze scriptie. Het screeningsproces is weergegeven in het stroomschema in Figuur 1.

**Figuur 1**

*Stroomschema*



Van de veertien artikelen zijn de belangrijkste kenmerken op een rij gezet. In Tabel 5 worden per artikel de auteurs, land van herkomst, steekproefgrootte, methode, leeftijd van de participanten, inclusiecriteria, behandeling van de participanten, de manier van meten, de effectsizes en de belangrijkste resultaten weergegeven. De geïncludeerde artikelen zijn aangegeven in de referentielijst met hetzelfde nummer als in Tabel 5.

**Tabel 5**

*Kenmerken van de artikelen*

	<b>Auteurs</b>	<b>Land</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Suicide poging</b>	<b>Methode</b>	<b>Leeftijd (jaar)</b>	<b>Inclusiecriteria</b>	<b>Interventie groep</b>	<b>Controlegroep</b>	<b>Manier van meten</b>	<b>Effectsizes</b>	<b>Belangrijkste Resultaten</b>
<b>1</b>	Alavi et al., 2013	Iran	N = 30	N = 30	RCT	12-18	-Leeftijd: 12-18 -Depressieve stoornis -Suicidepoging binnen de afgelopen 90 dagen	CGT	Geen behandeling, werden op een wachtlijst geplaatst.	Vragenlijst	Gemiddelde score op enquêtes voor en na de behandeling (interventiegroep): SSI: 20,8 → 4,6 BHI: 12,6 → 3,2 BDI: 30,6 → 14,4	Scores van de interventiegroep na behandeling op SSI, BHI en BDI zijn aanzienlijk lager. Scores van de controlegroep veranderden niet significant. CGT is een effectieve methode om suïdegedachten en hopeloosheid te verminderen bij depressieve adolescenten met eerdere suïcidepogingen.
											De bevindingen op de enquêtes na de behandeling hadden allemaal een $p < .001$ , wat betekent dat de kans dat het verschil op toeval berust zeer klein is en de behandeling dus	



											significant effectief is.	
											De scores van de controlegroep bleven significant onveranderd.	
2	Asarno w et al., 2011	Vereni gde Staten	N = 327	N = 31	RCT	12-18	-Leeftijd: 12-18 -Depressieve stoornis	SSRI + CGT  Venlafaxine + CGT	SSRI  Venlafaxine	Vragenlijst	Jongeren die suïcidegedrag + suïcidepogingen deden hadden na de behandeling nog .25 kans (SE .10) op een suïcidepoging. Jongeren die alleen eerder een suïcidepoging hadden gedaan, hadden na de behandeling nog .08 kans op een suïcidepoging (SE .07)	CGT + medicatie zorgt eerder voor een positief effect op suïcidaliteit dan alleen medicatie. 10 van de 78 jongeren zonder eerdere suïcidepoging deden tijdens/na behandeling een suïcidepoging. 7 van de 77 jongeren deden een herhaalde suïcidepoging. “Mate van hopeloosheid” is een van de grootste voorspellers voor toekomstige suïcidepogingen.
3	Asarno w et al.,	Vereni gde	N = 42	N = 42	RCT	12-18	-Leeftijd: 11-18 -Suïcidepoging	N = 20 SAFETY	N = 22 E-TAU:	Vragenlijst	RR: 1.49 SAFETY is bijna 1.49	De overlevingskans van de jongeren na 3 maanden (follow-up) na de behandeling van

2017	Staten					binnen de afgelopen 90 dagen of zelfbeschadigd gedrag		Oudersessies, persoonlijke sessies en psycho-educatie		keer zo effectief in het voorkomen van suïcidepogingen dan E-TAU.	CGT is veel hoger dan van de jongeren na de behandeling met E-TAU. Eén jongere met CGT heeft na 5 maanden een SP gedaan, 4 jongeren met E-TAU. Het feit dat het gezin betrokken is in deze CGT behandeling, zorgt voor een beschermende factor. Ze zorgen voor emotionele ondersteuning en beperken de toegang tot middelen om een SP te doen.	
4	Barbe et al., 2004	Verenigde Staten	N = 107	N = 40	RT	13-18	-Leeftijd: 13-18 -Depressieve stoornis	CGT, SBFT of NST	Gen controlegroep	Interview en vragenlijst	OR (95%-bhi): Suïcidaliteit: 1.43 (0.32–6.43 bhi) Hopeloosheid: 1.12 (1.00-1.26 bhi) Depressie: 1.01 (0.94-1.08 bhi)	CGT en SBFT richten zich op een gestructureerde manier op risicofactoren voor suïcidedrag, niet zoals NST; daarom lijkt een behandeling als NST met weinig structuur en een langzamere respons de minst geschikte behandeling te zijn voor suïcidale jongeren. Tussen de groepen met CGT en SBFT zijn geen significante verschillen gevonden. Er is meer onderzoek nodig om een verschil te meten. Wel kan gezegd worden dat CGT de meest passende behandeling voor suïcidale jongeren. Er zijn geen cijfers bekend over de 2 jaar follow-up met betrekking tot suïcidaliteit.

5	Brent et al., 2009	Verenigde Staten	N = 124	N = 124	RT	12-18 jaar	-Leeftijd: 12-18 jaar -Unipolaire depressie -Suïcidepoging binnen de afgelopen 90 dagen	CGT + medicatie (N = 93), CGT (N = 17)	Medicatie (N = 14)	Interview en vragenlijst	$\eta^2 = .0115$ . Ongeveer 1.15% van de variantie. De behandeling met CGT had een klein effect op de vermindering van suïcidegedachten, vooral bij jongeren die al een poging hadden gedaan.	Het aantal suïcidepogingen na/tijdens de behandeling was in de CGT + medicatiegroep het hoogst (22/93). Deze groep had ook het hoogste risico. Na logistische regressie bleek dat er geen significante verschillen waren tussen de verschillende behandelgroepen qua suïcidaliteit.
6	Carey et al., 2019	Ierland	N = 1	N = 1	Case study	19	Geen inclusiecriteria genoemd	CGT-SP imagery intervention → Veranderen van gedachten met ondersteuning van 'beelden schetsen'.	Geen controlegroep	Vragenlijst	Er is verder onderzoek met een grotere steekproef nodig om het effect vast te stellen (Carey et al., 2019).	De jongere casus dacht aan suïcidebeelden om zichzelf rust te geven en zijn pijn te verzachten. Door de CGT sessies is de gedachte aan suïcide verontrustender geworden. De gedachte ging naar: "Ik heb suïcidegedachten, maar ik zou ze niet uitvoeren". De jongere is niet weer opgenomen i.v.m. een stabiele mentale gezondheid en heeft geen suïcidepoging gedaan sindsdien.

7	Donaldson et al., 2005	Verenigde Staten	N = 39	N = 39	RT	12-17	-Leeftijd: 12-17 -Recente suïcidepoging	SBT of SRT	Geen controlegroep	Interview en vragenlijst	Cohen's <i>d</i> alle participanten: -Suïcidegedachten: .21 -Depressie: .24 Het aantal suïcidepogingen laat zien dat er meer herhaalde pogingen was in de groep die SBT ontving, maar het verschil is niet statistisch significant ( $\chi^2(1, N = 31) = 1.00, p = .317$ ).	Er werd een (kleine) significante afname van suïcidegedachten depressieve stemming gevonden bij follow-ups na 3 en 6 maanden, maar er waren geen verschillen tussen de behandelingsgroepen met SBT of SRT. Er waren zes nieuwe suïcidepogingen in de follow-up periode. Hiervan was 4/15 SBT en 2/16 SRT. Het percentage suïcidepogingen na de behandeling is bij SRT dus lager dan bij SBT.
8	Duarté-Vélez et al., 2016	Puerto Rico	N = 11	N = 9	Open trial	13-17	-Leeftijd: 13-17 -Suïcidegedrag of suïcidepoging	SCBT-SB	Geen controlegroep	Vragenlijst	Cohen's <i>d</i> : SIQ: .07 (zeer klein effect) CDI: .21 (klein effect) HSC: .28 (klein effect)	Jongeren zelf waren erg tevreden, vooral over het leren van andere copingmechanismen op suïcidale momenten. De familie werd betrokken bij de sessies en dit zorgde voor een betere familieband. Van de 11 jongeren waren er 3 drop-outs, de resterende 8 hadden een significant verminderd risico op suïcidaal gedrag. Alle 8 deden geen suïcidepoging meer.

9	Duarté-Vélez et al., 2018	Puerto Rico	N = 1	N = 1	Case study	17	-Leeftijd: 13-17 -Suicidegedacht en of suicidepoging	SCBT-SB	Geen controlegroep	Interview en vragenlijst	-Suicidegedachten RCI = -2.64 -Depressie RCI = -2.34 -Hopeloosheid RCI = -2.45 -Zelfconcept RCI = 0.43  Als de RCI groter dan 1.96 is, dan is het significant.	De jongere in de casus toonde een significante verandering aan in depressieve symptomen, hopeloosheid, suicidegedachten en agressief/impulsief gedrag. Hij stond bij de 8 maanden follow-up positief in het leven en had de wil om te leven terug gekregen. Ook zijn 'hopeloosheid' is significant veranderd na de behandeling. De communicatie in het gezin werd verbeterd.
10	Esposito et al., 2011	Verenigde Staten	N = 36	N = 36	RCT	13-17	-Leeftijd: 13-17 -Suicidepoging binnen de afgelopen 3 maanden -Alcohol/cannabis verslaving	CGT (N = 19)	E-TAU (N=17) → Jongeren kregen behandeling zoals in hun gemeenschap wordt aangeboden.	Interview en vragenlijst	(Cohen's d): BASC-depressie: -0.51 (middelmatic effect, wel significant)  (Cohen's h): Suicidepoging: .82 (grote effectgrootte)	Na afloop van de behandeling werd er geen verschil gevonden in suicidegedachten tussen de interventiegroepen op basis van zelfreflectie van de jongeren, maar beide groepen lieten wel verbetering zien. Er is een groot verschil gevonden in suicidepogingen na de behandelingen. Na behandeling met CGT heeft 1/19 jongeren een nieuwe suicidepoging gedaan. Na behandeling met E-TAU hebben 6/17

											jongeren nieuwe suïcidepogingen gedaan. Jongeren uit de CGT groep gaven aan na de behandeling minder depressief te zijn.	
<b>11</b>	Esposito et al., 2019	Verenigde Staten	N = 147	N = 76	RT	12-18	-Leeftijd: 12-18 -Depressieve stoornis -Recent opgenomen in ziekenhuis door suïcidegedachten of suïcidepoging	F-CBT	E-TAU → Jongeren kregen behandeling zoals in hun gemeenschap wordt aangeboden.	Interview en vragenlijst	OR (na 18 maanden): Suïcidepoging: 4,14 (niet significant) Depressie: 1,26 (niet significant) Suïcidegedachten: 26,02 (niet significant)	In de totale steekproef is het aantal suïcidepogingen verminderd van 20% bij 6 maanden naar 9% bij 12 maanden naar 7% bij 18 maanden. Na 18 maanden deden 6/39 jongeren met F-CBT een nieuwe suïcidepoging. Na 18 maanden deden 2/36 jongeren met E-TAU een nieuwe suïcidepoging. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de interventiegroepen op gebied van suïcidepogingen, suïcidegedachten en/of depressiviteit.
<b>12</b>	Goldston et al., 2021	Verenigde Staten	N = 13	N = 13	RCT	13-19	-Leeftijd: 13-19 -Depressie -Suïcidepoging binnen de afgelopen 4 weken	CBT-RP CBT-RP + TAU	TAU → Jongeren kregen behandeling zoals in hun gemeenschap wordt	Vragenlijst	Geen effectgrootte genoemd naar aanleiding van de kleine steekproef	Bij alle drie de interventies werden de suïcidale gedachten en depressie verminderd en er is geen significant verschil gevonden. Bij jongeren die alleen E-TAU ontvingen, werden de suïcidale gedachten en depressie ook minder, maar wel op een langzamer tempo.

								aanboden.			In elke van de 3 interventiegroepen deed één participant een suïcidepoging tijdens het onderzoek.	
13	Slesnick et al., 2019	Verenigde Staten	N = 150	N = 120	RCT	18-24	-Leeftijd: 18-24 -Suïcidegedachten (score van <16 op SSI)	CTSP + TAU (N=75)	TAU (N=75) → Sessies bij therapeut van het inloopcentrum op aanvraag.	Interview en vragenlijst	Cohen's <i>d</i> : .26	CTSP in combinatie met TAU zorgde voor een snellere vermindering van suïcidegedachten dan TAU. Er worden geen nieuwe suïcidepogingen vermeld.
14	Stanley et al., 2009	Verenigde Staten	N = 110	N = 110	CT	13-19	-Leeftijd: 13-19 -Depressie -Suïcidepoging binnen de afgelopen 90 dagen	CGT-SP of CGT-SP + medicatie	Medicatie	Interview	Studie geeft geen effectgrootte, naar aanleiding van het niet-gerandomiseerde ontwerp	Alle ondervraagde jongeren vonden de interventie nuttig. 69% van de jongeren gaf aan suïcidaal te zijn tijdens de behandeling. CGT-SP belooft een flexibele en passende behandeling te zijn om herhaling van suïcidaal gedrag bij depressieve adolescenten te voorkomen. Het is geen RCT, dus over effectiviteit kan weinig gezegd worden. Er zijn geen vermeldingen van herhaalde suïcidepogingen.

*RCT = Randomized Controlled Trial*

*RT = Randomized Trial*

*CT = Controlled Trial*

*OR = Odds Ratio*

*RR = Risk Ratio*

*RCI = Reliable Change Index*

*CGT = Cognitieve Gedragstherapie*

*SSRI = Selective Serotonin Reuptake*

*Inhibitors*

*SAFETY = CGT / DBT-informed familie  
behandeling voor het verminderen van de  
kans op suïcidepoging*

*(E)-TAU = (Enhanced) Treatment As  
Usual*

*SBFT = Systemic Behavioral Family  
Therapy*

*NST = Non directive Supportive Therapy*

*SBT = Skills based, Cognitive-behavioral  
Treatment*

*SRT = Supportive Relationship Treatment*

*SCBT-SB = Socio-Cognitive Behavioral  
Therapy for Suicidal Behavior*

*F-CBT = Family-focused Cognitive  
Behavioural Therapy*

*CBT-RP = Cognitive Behavioural Therapy  
for Relapse Prevention*

*CTSP = Cognitive Therapy for Suicide  
Prevention*

*SSI = Scale for Suicidal Ideation*

*BHI = Beck's Hopelessness Inventory*

*BDI = Beck's Depression Inventory*

*SIQ = Suicidal Ideation Questionnaire*

*CDI = Children's Depression Inventory*

*HSC = Hopelessness Scale for Children*

*BASC = Behaviour Assessment Scale for  
Children*

*Legenda Tabel 5*



Alle studies zijn er op geselecteerd dat (een deel van) de participanten voorafgaand aan de behandeling een suïcidepoging heeft/hebben gedaan. Er zitten ook artikelen bij met een gecombineerd sample van jongeren die een suïcidepoging hebben gedaan en die alleen suïcidale gedachten hebben. Dit zijn vooral de artikelen met een grotere steekproef. Bij deze studies zijn alleen de resultaten meegenomen van de jongeren die al een suïcidepoging hebben gedaan en wat de behandeling voor effect had bij de preventie om nog een suïcidepoging te doen.

### *Studiekenmerken*

In Tabel 5 worden de belangrijkste kenmerken van de artikelen beschreven. Tien van de veertien studies komen uit de Verenigde Staten, twee komen uit Puerto Rico, één uit Ierland en één uit Iran. De gemiddelde steekproefgrootte per studie is 81,57 participanten en de leeftijd varieert van 10 tot 24 jaar.

De studies hanteren verschillende inclusiecriteria. Bij twaalf van de veertien studies werden alleen participanten onderzocht die een verleden met suïcidepogingen hebben. Bij de andere twee studies zijn ook participanten onderzocht met recente suïcidepogingen, maar was dit geen inclusiecriteria. Bij deze studies zijn alleen de resultaten meegenomen van de jongeren die een verleden met suïcidepogingen hebben.

Van de veertien studies zijn er twee case studies, zes Randomized Controlled Trials, vijf Randomized Trials en één Controlled Trial. Bij zes studies werden de resultaten verzameld op basis van vragenlijsten voor de jongeren. Bij één studie werden de resultaten verzameld door middel van interviews en bij zeven studies werd er gebruikgemaakt van interviews en vragenlijsten.

## *Uitkomsten*

### *Depressie*

Zeven van de veertien studies onderzochten depressiviteit als uitkomstmaat.

In het onderzoek van Alavi et al. (2013) werden depressieve jongeren met een recente suïcidepoging gerandomiseerd toegewezen aan een behandeling met CGT of op een wachtlijst gezet. De gemiddelde score op de BDI (Beck's Depression Inventory) was voor de behandeling 30,6 en daalde na de behandeling met CGT naar 14,4. De score op de BDI van de controlegroep bleef onveranderd.

Ook in de casestudy van Duarte-Vélez et al. (2018) werd een significante daling van depressie gemeten. Er werd een RCI-waarde van -2.34 gemeten ten opzichte van vóór de behandeling met SCBT-SB (Socio-Cognitive Behavioural Therapy for Suicide Behaviour), wat betekent dat de jongere sterk is gedaald qua depressieve gedachten na de behandeling.

In het onderzoek van Esposito et al. (2011) werd ook een vermindering in depressie waargenomen. Zij randomiseerden 36 jongeren naar een behandeling met CGT of E-TAU (Enhanced Treatment as Usual). Ten opzichte van de controlegroep werd er bij de interventiegroep een daling gevonden op de BASC-depressie met een Cohen's *d* van -.51. Dit is een middelmatig effect, maar wel significant.

Barbe et al. (2004) onderzochten de verschillen tussen de interventiegroepen die CGT, SBFT (Systemic Behavioural Family Therapy) of NST (Non-directive Supportive Therapy) ontvingen. Zij vonden juist geen significant verschil tussen de verschillende interventiegroepen met betrekking tot depressiviteit. Er werd een Odds Ratio van 1.01 gemeten, wat een zeer kleine verandering is.

Ook Donaldson et al. (2005) vonden geen verschil tussen de interventiegroepen. Er werd wel een kleine significante verandering qua depressie gevonden met een Cohen's *d* van

.24. Dit werd gemeten over alle participanten na de behandelingen en zegt dus niks over het verschil tussen de interventies.

Een vergelijkbare meting werd gedaan in het onderzoek van Goldston et al. (2021). In dit onderzoek werden jongeren in alle interventiegroepen minder depressief. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de verschillende groepen, maar in de groep die CBT-RP (CBT for Relapse Prevention) ontving, werden de jongeren op een sneller tempo minder depressief.

Als laatste zetten Esposito et al. (2019) de behandeling met F-CBT (Family-focused CBT) af tegen een controlegroep die E-TAU ontving. Ze vonden een Odds Ratio van 1.26 tussen de groepen qua depressiviteit, wat ook geen significante verandering is.

De resultaten van de invloed van CGT op de depressie van suïcidale jongeren zijn verschillend. De helft van de studies die depressie als uitkomstmaat beschouwen, vonden een significante vermindering qua depressie bij de interventiegroep na de behandeling. De andere helft van de studies vond weinig tot geen verschil tussen de interventiegroepen qua depressiviteit na de behandeling.

### *Hopeloosheid*

De hopeloosheid van suïcidale jongeren werd in vier van de veertien studies genoemd. In het onderzoek van Alavi et al. (2013) werd voor de behandeling met CGT een gemiddelde score gemeten van 12,6 op de BHI (Beck's Hopelessness Inventory). Na de behandeling daalde deze score naar 3,2 gemiddeld terwijl de score bij de controlegroep onveranderd bleef.

Asarnow et al. (2011) voerden een onderzoek uit bij 334 suïcidale jongeren met resistente depressie. Ze werden gerandomiseerd naar een vorm van medicatie (SSRI of venlafaxine) met of zonder CGT. Ze onderzochten de mate van hopeloosheid niet als

uitkomstmaat, maar er werd wel geconstateerd dat een van de grootste voorspellers voor toekomstige suïcidepogingen, de mate van hopeloosheid is.

In het onderzoek van Barbe et al. (2004) werd er juist geen verschil gevonden tussen de interventie qua hopeloosheid. De interventiegroepen ontvingen CGT, SBFT of NST en er werd een Odds Ratio voor hopeloosheid gevonden van 1.12. Dit is geen significant verschil.

Duarté-Vélez et al. (2018) onderzochten de werkzaamheid van Socio-Cognitive Behavioral Treatment for Suicidal Behavior (SCBT-SB). De jongere casus in het onderzoek veranderde significant in depressieve symptomen, hopeloosheid, suïcidegedachten en agressief gedrag na de behandeling met SCBT-SB. Hij kreeg de wil om te leven terug en stond ook een stuk positiever in het leven na afloop van de behandeling.

Hopeloosheid is een fenomeen dat veel invloed heeft op de mate van suïcidaliteit (Klonsky & May, 2015). Het is dan ook belangrijk om te weten wat hopeloosheid kan doen verminderen. In deze scriptie zijn weinig studies geïnccludeerd die daadwerkelijk onderzoek doen naar hopeloosheid. Er zal meer onderzoek nodig zijn om te kijken wat de invloed van CGT-SP op de hopeloosheid van suïcidale jongeren is.

### *Verbondenheid*

In vier van de veertien studies werd ook het stukje ‘verbondenheid’ teruggezien. Asarnow et al. (2017) onderzochten CGT dat ook de familie van de cliënt erbij betrok. De jongeren gaven aan dat de familie voor emotionele steun kon zorgen en de communicatie verbeterde. Ze werden dus meer verbonden met de mensen om hen heen.

In het onderzoek van Donaldson et al. (2005) werd de effectiviteit van SBT (Skills-based Cognitive Therapy) en SRT (Supportive Relationship Treatment) onderzocht. In beide groepen werden de jongeren minder depressief en hadden minder suïcidegedachten na behandeling. Een van de redenen die de onderzoekers hiervoor gaven, is de vertrouwelijke

band met de therapeut. De therapeuten waren zeer getraind in de behandeling en bouwden een goede band op met de jongeren. Je zou kunnen stellen dat de jongeren zich verbonden voelen met de therapeut.

Het thema ‘verbondenheid’ kwam ook terug in het onderzoek van Duarté-Vélez et al. (2016). Zij onderzochten de Socio-Cognitive Behavioral Treatment for Suicidal Behavior (SCBT-SB). Hierbij werden elf jongeren aan deze interventie onderworpen. Drie van de acht jongeren stopten voortijdig met de behandeling. De acht jongeren die de behandeling helemaal af maakten, hadden een erg positieve ervaring. Alle acht jongeren hebben geen nieuwe suïcidepoging gedaan na afloop van de behandeling. Een groot deel van de jongeren was erg tevreden over de werkzaamheid van de behandeling en vond het fijn dat er ook sessies met familie werden gehouden. Hierdoor verbeterde bij veel jongeren de band met hun familie en konden ze beter communiceren.

Dezelfde behandeling werd in een casestudie onderzocht door Duarté-Vélez et al. (2018). Ook in dit onderzoek werd gevonden dat de communicatie en band in de familie was verbeterd na afloop van de behandeling.

De ‘verbondenheid’ van de jongeren was in geen van de geïncludeerde studies een uitkomstmaat. Wel werd dus in een aantal studies verbondenheid als thema genoemd. Dit kon te maken hebben met de verbondenheid met mensen om je heen, maar ook met bijvoorbeeld hobby’s of dingen waar mensen plezier uit halen. In de studies waar ‘verbondenheid’ werd genoemd, werd het als iets positiefs ervaren.

#### *In staat zijn tot*

Ook de component ‘in staat zijn tot’ van de Three Step Theory werd in twee van de veertien studies duidelijk herkend. Ten eerste onderzochten Asarnow et al. (2017) de effectiviteit van de SAFETY-methode: een CGT/DBT behandeling die gezinsgericht is. De

behandeling bleek erg effectief in het verminderen op suïcidepogingen vergeleken met E-TAU. De combinatie van CGT en de gezinsbehandeling zorgt voor een beschermende factor voor de jongeren om geen suïcidepoging te doen. De vaardigheden die de jongeren leren tijdens CGT zorgen ervoor dat ze minder snel de stap zetten naar een suïcidepoging. Ook kunnen betrokken ouders ervoor zorgen dat de jongeren niet bij de middelen kunnen komen om een suïcidepoging te doen.

Verder onderzochten Carey et al. (2019) de CGT-SP imagery interventie door middel van een casestudy. De jongere was voorafgaand zwaar suïcidaal en had verschillende suïcidepogingen gedaan. De suïcidegedachten waren rustgevend en pijnverzachtend voor hem. Bij de CGT-SP imagery interventie werden door middel van beelddenken de suïcidegedachten veranderd. Allereerst was hij de enige persoon in zijn suïcidegedachten, maar door hier familieleden of vrienden aan toe te voegen, werden de beelden van de suïcidegedachten een stuk verontrustender. Hierdoor ging de jongere van 'in staat zijn tot suïcide' naar 'ik heb gedachten aan suïcide, maar ik doe er niets mee. De jongere is na de interventie niet meer opgenomen met suïcideproblemen en heeft ook geen suïcidepoging meer gedaan.

CGT leert jongeren onder andere nieuwe copingvaardigheden aan om te gebruiken op momenten dat ze suïcidaal zijn. Zo zullen ze op moeilijke momenten minder snel suïcidegedrag vertonen en wordt de stap om daadwerkelijk een suïcidepoging te doen, kleiner. In de geïncludeerde studies wordt verder niet diep ingegaan op de invloed van CGT op het stuk 'in staat zijn tot'.

## *Suïcidaliteit*

Bij vijf van de veertien studies zijn er geen verschillen gevonden tussen de interventiegroepen met betrekking tot suïcidaliteit en is CGT dus niet effectiever gebleken in het verminderen van suïcidaliteit dan andere interventies.

Barbe et al. (2004) testten de interventies CGT, SBFT (Systemic Behavioral Family Therapy) en NST (Non-directive Supportive Therapy). NST lijkt qua behandeling geen juiste interventie te zijn voor suïcidale jongeren. Tussen de groepen met CGT en SBFT zijn geen significante verschillen gevonden in effectiviteit voor suïcidale jongeren. Voor suïcidaliteit is een Odds Ratio van 1.43 gevonden, wat niet significant is.

Brent et al. (2009) onderzochten ook drie verschillende behandelingen bij 124 suïcidale jongeren. De jongeren kregen een behandeling met medicatie (N=14), CGT (N=17) of een combinatie van beide (N=93). In eerste instantie leek de groep met de combinatiebehandeling na afloop het meest suïcidaal te zijn, maar na logistische regressie werd duidelijk dat er tussen de interventiegroepen geen significant verschil was gevonden met betrekking tot suïcidaliteit.

Ook in het onderzoek van Donaldson et al. (2005) werd tussen de groepen geen verschil gevonden. Er werd een (kleine) significante afname van suïcidegedachten en depressieve stemming gevonden bij follow-ups na drie en zes maanden met een Cohen's *d* van .21. Dit was echter gemeten over de hele groep en er waren geen verschillen tussen de behandelingsgroepen met SBT (Systemic Behavioural Therapy) of SRT (Supportive Relationship Treatment).

Het onderzoek van Esposito et al. (2011) liet vergelijkbare cijfers zien. Na afloop van de behandeling werd er geen verschil gevonden in suïcidegedachten tussen de interventiegroepen op basis van zelfreflectie van de jongeren, maar beide groepen lieten wel verbetering zien.

Ook bij het onderzoek van Esposito et al. (2019) is er geen significant verschil gevonden tussen de interventiegroepen. Zij onderzochten de effectiviteit van F-CBT (Family-focused CBT), vergeleken met E-TAU. Alle participanten uit de interventie- en controlegroep lieten een positieve verandering zien na de behandeling op gebied van suïcidegedachten, depressie en zelfbeschadiging. Qua suïcidegedachten werd er een Odds Ratio van 26.02 gemeten, wat natuurlijk erg groot lijkt. Echter werd dit gemeten met een te grote *p*-waarde, waardoor de uitkomst niet significant bleek.

Bij twee van de veertien studies werd er een verschil gevonden in hoe snel de suïcidaliteit afnam. Ten eerste onderzochten Goldston et al. (2021) de effectiviteit van CBT-RP (CBT Relapse Prevention). Er waren drie interventiegroepen. Een deel van de jongeren kreeg alleen CBT-RP, een deel van de jongeren kreeg CBT-RP en TAU en een deel van de jongeren kreeg alleen TAU. Bij alle drie de interventiegroepen werden de suïcidale gedachten en depressie verminderd en er is geen significant verschil gevonden tussen de groepen. Bij jongeren die alleen E-TAU ontvingen, werden de suïcidale gedachten en depressie dus ook minder, maar wel op een veel langzamer tempo. Dit onderzoek noemt duidelijk geen effectgrootte in verband met de (te) kleine steekproef.

Het onderzoek van Slesnick et al. (2019) laat vergelijkbare resultaten zien. Het onderzoek gaat over de werkzaamheid van CTSP (Cognitieve Therapie voor Suïcidepreventie) in combinatie met TAU. 150 jongeren werden hierbij gerandomiseerd toegewezen aan ofwel CTSP met TAU, of TAU alleen. Bij beide groepen werd een sterke vermindering van suïcidegedachten waargenomen. De groep met de combinatie van CTSP en TAU liet een snellere vermindering van suïcidegedachten zien dan de groep die alleen TAU ontving. Er werd een Cohen's *d* gevonden van .26.



Bij vier van de veertien studies werd er een duidelijke vermindering van suïcidaliteit gemeten. Het onderzoek van Alavi et al. (2013) onderzocht de verschillen tussen de behandeling met CGT en een groep die op de wachtlijst werd gezet. Voor de behandeling werd er bij alle jongeren de SSI (Scale for Suicidal Ideation) afgenomen. In de interventiegroep ging de gemiddelde score op de SSI van 20,8 naar 4,6 na de behandeling. De groep die op de wachtlijst werd gezet liet geen verandering zien. Hier werd dus een groot effect op de suïcidegedachten gemeten.

Bij de case studie van Carey et al. (2019) werd ook een sterke vermindering van suïcidegedachten gemeten na de CGT-SP Imagery interventie. Ook ging de jongere in de casus anders met de gedachten om na de behandeling. Hij wist dat hij de suïcidegedachten nog wel had, maar handelde er niet meer naar.

In het onderzoek van Duarté-Vélez et al. (2016) werd een kleine daling in de SCBT-SB-groep op de SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire) gevonden met een Cohen's *d* van .07. Exact dezelfde behandeling werd ook onderzocht door Duarté-Vélez et al. (2018) en ook hier werd een significante daling van suïcidegedachten gevonden met een RCI van -2.64.

Vijf van de veertien studies laten geen verschil zien in afname van suïcidaliteit, maar ook zeker geen toename na behandeling met CGT-SP. Een aantal studies hiervan heeft geen controlegroepen of vergelijkt drie interventies met elkaar. Hierin kunnen moeilijk uitspraken over de effectiviteit worden gedaan.

Over het algemeen lijkt CGT-SP bij te dragen aan een vermindering van suïcidaliteit. Vier van de veertien studies laten een duidelijk positieve verandering zien en twee van de veertien studies laten zien dat CGT-SP zorgt voor juist een snellere afname vergeleken met andere interventiegroepen.

### *Suïcidepogingen (primaire uitkomstmaat)*

Bij zeven van de veertien studies is er geen suïcidepoging meer gemeld na de behandeling met Cognitieve Gedragstherapie. Alavi et al. (2013) onderzochten dertig jongeren die recent een suïcidepoging hadden gedaan. Na behandeling met CGT zijn er geen nieuwe suïcidepogingen gemeld.

Ook in het onderzoek van Barbe et al. (2004) worden geen nieuwe suïcidepogingen gemeld na de behandeling met Cognitieve Gedragstherapie, SBFT (Systemic Behavioral Family Therapy) en NST (Non directive Supportive Therapy).

De jongeren in de casestudy van Carey et al. (2019) is na behandeling met Cognitieve Gedragstherapie tevens nooit meer opgenomen voor zelfbeschadigend gedrag of een suïcidepoging, waar hij voorheen al meerdere suïcidepogingen in zijn leven had gedaan.

Duarté-Vélez et al. (2016) onderzochten SCBT-SB bij elf suïcidale jongeren. Van de elf jongeren hadden negen een suïcidepoging gedaan voorafgaand aan de behandeling. Er waren drie dropouts, waardoor er bij acht jongeren een follow-up sessie werd gedaan. Alle acht jongeren gaven aan erg tevreden te zijn met de behandeling en deden voor zover bekend geen nieuwe suïcidepoging.

Dezelfde behandeling werd in een case studie van Duarté-Vélez et al. (2018) onderzocht en ook hierbij deed de jongere in de casus geen herhaalde suïcidepoging. Verder worden in de onderzoeken van Slesnick et al. (2019) en Stanley et al. (2009) ook geen herhaalde suïcidepogingen gemeld bij de follow-up.

Bij zeven van de veertien studies zijn tijdens en/of na de behandeling wel nieuwe suïcidepogingen gemeld. In het onderzoek van Asarnow et al. (2011) deden 10 van de 78 jongeren voor het eerst een suïcidepoging tijdens/na de behandelingen. 7 van de 77 jongeren

die al eerder een suïcidepoging hadden gedaan, deden tijdens/na de behandeling een herhaalde poging. Er werd dus een verschil gemeten, maar dit verschil is niet significant.

Bij het onderzoek van Asarnow et al. (2017) deed één jongere na de SAFETY behandeling een nieuwe suïcidepoging en in de E-TAU groep deden vier jongeren een nieuwe poging. Er werd tussen de SAFETY en E-TAU groepen een Risk Ratio van 1.49 gemeten. Dit betekent dat SAFETY bijna anderhalf keer effectiever is in het voorkomen van suïcidepogingen dan E-TAU. Ook in het onderzoek van Brent et al. (2009) werden herhaalde suïcidepogingen gedaan. Van de 93 jongeren die CGT + medicatie ontvingen, deden 22 een nieuwe poging. Dit was qua aantallen het hoogste, maar na logistische regressie bleek dit verschil niet significant.

Het onderzoek van Donaldson et al. (2005) ging over de effectiviteit van SBT en SRT. Opvallend is dat jongeren in de follow-up periode minder depressief en suïcidaal zijn geworden in beide interventiegroepen, maar er wel zes nieuwe suïcidepogingen werden gedaan. Hiervan waren vier van de vijftien in de groep die SBT ontving en twee van de zestien in de groep die SRT ontving. Het onderzoek stelt echter dat het verschil tussen de hoeveelheid suïcidepogingen niet significant is.

Verder toont het onderzoek van Esposito et al. (2011) aan dat de behandeling met CGT effectief kan zijn in het voorkomen van nieuwe suïcidepogingen. 36 jongeren werden gerandomiseerd toegewezen aan of CGT of TAU. Uit de groep jongeren die CGT kreeg, heeft nog één van de negentien jongeren een nieuwe suïcidepoging gedaan. Uit de groep jongeren die TAU kreeg, hebben nog zes van de zeventien jongeren een nieuwe suïcidepoging gedaan. De uitkomst had een effectgrootte van .82 op Cohen's *h*, wat significant is.

Verder deden in de studie van Esposito et al. (2019) na 18 maanden 6 van de 39 jongeren in de F-CBT groep een nieuwe suïcidepoging en 2 van de 36 jongeren in de E-TAU

groep. Er werd een Risk Ratio van 4.14 gevonden, maar de  $p$ -waarde was veel groter dan het significantieniveau van .05 en de RR werd dus niet significant verklaard.

In het onderzoek van Goldston et al. (2021) werd ook geen significant effect gevonden tussen de interventiegroepen wat betreft suïcidepogingen. Een deel van de jongeren kreeg alleen CBT-RP, een deel van de jongeren kreeg CBT-RP en TAU en een deel van de jongeren kreeg alleen TAU. In alle groepen deed één jongere een nieuwe suïcidepoging na de behandeling. Deze studie noemt expliciet geen effectgrootte naar aanleiding van de kleine steekproef.

In zeven van de veertien van de geïnccludeerde studies werden er geen nieuwe suïcidepogingen gemeld na de behandelingen. In de andere zeven studies werden wel nieuwe suïcidepogingen gemeld na de behandelingen. Hiervan werd er bij vijf studies geen significant effect gevonden tussen de interventie- en controlegroep en werd er bij twee studies wel een significant effect gevonden.

## **Conclusie en discussie**

### *Conclusie*

Het doel van deze systematische literatuurreview was om overzicht te creëren over de onderzoeken die al gedaan zijn naar de invloed van CGT-SP op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen. Het gaat hierbij om jongeren van 10 tot 25 jaar oud die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan. De onderzoeksvraag hierbij luidde: Wat is de invloed van CGT-SP op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen voor jongeren tussen de 10 en 25 jaar oud? Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is een systematische literatuurreview uitgevoerd, waarbij veertien geïnccludeerde artikelen werden gebruikt.

Globaal gezien komt uit deze scriptie naar voren dat CGT-SP effectief is in het verminderen van fenomenen als suïcidegedachten, depressie en hopeloosheid. Deze fenomenen dragen bij aan de suïcidepogingen van jongeren, dus zou er gesteld kunnen worden dat CGT-SP zorgt voor een vermindering van suïcidepogingen van jongeren. Qua suïcidaliteit laten de onderzoeken van Goldston et al. (2021) en Slesnick et al. (2019) zien dat CGT-SP voor een snellere vermindering van suïcidaliteit zorgt dan de controlegroep. In het onderzoek van Slesnick et al. (2019) werd dit gemeten met een cohen's  $d$  van .26. Alavi et al. (2013) toonden aan dat de suïcidaliteit verminderde met een score op de SSI van 20,8 naar 4,6. In het onderzoek van Duarté-Vélez et al. (2016) werd er een kleine daling in de SCBT-SB-groep op de SIQ gevonden met een Cohen's  $d$  van .07. Dezelfde behandeling werd ook onderzocht door Duarté-Vélez et al. (2018) en ook hier werd een significante daling van suïcidegedachten gevonden met een RCI van -2.64.

Als primaire uitkomstmaat werd er gekeken naar de invloed van CGT-SP bij het voorkomen van herhaalde suïcidepogingen. Bij de ene helft van de geïncludeerde studies werden geen nieuwe suïcidepogingen vermeld na de behandelingen (Alavi et al., 2013; Barbe et al., 2004; Carey et al., 2019; Duarté-Vélez et al., 2016; Duarté-Vélez et al., 2018; Slesnick et al., 2019; Stanley et al., 2009). Bij de andere helft werden er wel nieuwe suïcidepogingen vermeld na de behandelingen (Asarnow et al., 2011; Asarnow et al., 2017; Brent et al., 2009; Donaldson et al., 2005; Esposito et al., 2011; Esposito et al., 2019; Goldston et al., 2021). Opvallend is dat er in een klein aantal studies met nieuwe suïcidepogingen een groter aantal pogingen werd gemeld in de interventiegroep die Cognitieve Gedragstherapie ontving (Brent et al., 2009; Donaldson et al., 2005; Esposito et al., 2019). Na regressieanalyse bleek dat dit verschil niet significant was. In een aantal studies mét nieuwe suïcidepogingen werd aan de andere kant juist bevonden dat in de interventiegroep die Cognitieve Gedragstherapie ontving een significant kleiner aantal suïcidepogingen had vergeleken met de controlegroepen. Zo

vonden Asarnow et al. (2017) een verschil tussen de SAFETY interventie en de E-TAU groep met een Risk Ratio van 1.49. Ook Esposito et al. (2011) vonden een significant verschil (cohen's  $h$  van .82) tussen de CGT en TAU groepen met betrekking tot suïcidepogingen. CGT-SP kan dus effectief zijn voor het minderen van suïcidepogingen bij jongeren tussen 10 en 25 jaar die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan. Om effectiviteit duidelijk te meten zal nog verder onderzoek nodig zijn.

### *Discussie*

De Three Step Theory van Klonsky en May (2015) en het Integrated Motivational Volitional model (IMV-model) van O'Connor en Kirtley (2018) liggen ten grondslag aan deze studie.

De drie stappen van de Three Step Theory waren ten eerste de pijn en hopeloosheid van jongeren, ten tweede de verbondenheid met mensen of dingen om hen heen en ten derde het 'in staat zijn' om daadwerkelijk een suïcidepoging te doen. In deze studie worden een aantal aspecten van de Three Step Theory herkend. In een aantal geïncludeerde studies wordt bijvoorbeeld 'hopeloosheid' genoemd (Alavi et al., 2013; Asarnow et al., 2011; Barbe., 2004; Duarté-Vélez et al., 2018). Hiermee wordt bedoeld dat jongeren pijn ervaren en ook geen verbetering zien in de toekomst (Klonsky & May, 2015). Alavi et al. (2013) meten de hopeloosheid van de participanten door de Beck's Hopelessness Inventory (BHI) af te nemen. De score op de BHI werd een stuk lager na behandeling, wat betekent dat jongeren na behandeling met CGT minder hopeloosheid ervaren.

De volgende stap van de Three Step Theory is 'verbondenheid'. Wanneer iemand zich verbonden voelt met iets om zich heen, zoals familie, vrienden, een baan of een hobby, werkt dit als een beschermende factor zo lang deze verbondenheid sterker is dan de pijn en hopeloosheid die wordt ervaren (Klonsky & May, 2015). Een deel van de geïncludeerde

studies heeft familie- of gezinssessies als component van de Cognitieve Gedragstherapie (Asarnow et al., 2017; Duarté-Vélez et al., 2016; Duarté-Vélez et al., 2018; Esposito et al., 2019). Deze sessies zorgden er grotendeels voor dat de band met de familie of het gezin versterkt werd, zodat ouders of verzorgers in het vervolg een helpende hand kunnen bieden aan hun kind met suïcidegedachten. Je zou kunnen zeggen dat de jongeren zich ook meer verbonden voelen met hun familie of gezin en de familie- en gezinssessies dus een beschermende factor bieden voor suïcidale jongeren.

De laatste stap van de Three Step Theory is de daadwerkelijke overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen en het ‘in staat zijn’ tot het doen van een suïcidepoging. Dit kwam in de studies van Asarnow et al. (2017) en Carey et al. (2019) naar voren. Het is voor de mens moeilijk om suïcide te plegen, omdat we vanuit onszelf een afkeer hebben van pijn. Ook ben je afhankelijk van de middelen die er tot je beschikking zijn om suïcide te plegen (Klonsky & May, 2015). In deze scriptie is gebleken dat door CGT er nieuwe vaardigheden worden aangeleerd om minder snel de stap te zetten naar een suïcidepoging. Voorbeelden van die vaardigheden zijn emotieregulering en omgaan met risicovolle situaties (Asarnow et al., 2017). Verder kan het gebruik van beelden (images) tijdens CGT er voor zorgen dat suïcidale jongeren een meer verontrustend beeld krijgen van een daadwerkelijke suïcidepoging en zo de stap minder snel durven zetten. In het onderzoek van Carey et al. (2019) verlichtte de jongere in de casus zijn pijn met de gedachten aan suïcide, tot wel zeven uur per dag. In die gedachten was hij alleen. De therapeut vroeg hem voor te stellen dat een geliefde van de jongere naast hem stond tijdens de suïcidepoging. Dit maakte dat de jongere een verontrustender beeld kreeg van een suïcidepoging, wat maakt dat hij minder in staat is tot het overgaan naar een suïcidepoging.

Ook uit het IMV-model van O'Connor & Kirtley (2018) zijn er een aantal componenten die in deze studie worden herkend. Dit model bestaat tevens uit drie fasen: de pre-motivatiefase, de motivatiefase en de doelbewuste fase. De doelbewuste fase gaat over de overgang van suïcidedachten naar suïcidepogingen. Er zijn een aantal factoren die van invloed zijn op de doelbewuste fase en die ook teruggezien worden in deze studie. Het gaat hierbij om toegang tot dodelijke middelen, beeldvorming en suïcidaal gedrag in het verleden (O'Connor & Kirtley, 2018).

Als eerste is de toegang tot dodelijke middelen een factor die van invloed kan zijn. Sommige suïcidale jongeren hebben in hun directe omgeving makkelijker toegang tot middelen die kunnen helpen bij suïcide dan andere jongeren. In deze scriptie werd ook gevonden dat de familiesessies van Cognitieve Gedragstherapie ervoor kunnen zorgen dat ouders de toegang tot deze middelen voor hun kind kunnen blokkeren (Asarnow et al., 2017). Bij 'beeldvorming' gaat het in het IMV-model om de gedachten van een jongere aan suïcide zelf. Wanneer een jongere zich vaker inbeeldt hoe het echt is om een suïcidepoging te doen, kan dit worden gezien als het cognitief trainen voor een suïcidepoging. In deze scriptie werd in één geïncludeerde studie gebruikt gemaakt van de CGT-SP Imagery interventie (Carey et al., 2019). Dit betreft een casestudy met één participant. Hierbij worden de visuele denkbeelden aan een suïcidepoging een stuk verontrustender gemaakt voor de jongere, door er bijvoorbeeld familie of vrienden aan toe te voegen. Daarnaast kwam in elke geïncludeerde studie terug dat suïcidaal gedrag van vroeger een groot risicofactor is. Wanneer jongeren al eerder een suïcidepoging hebben gedaan of suïcidedrag hebben laten zien, lopen zij een groter risico om over te gaan tot een suïcidepoging.



### *Limitaties*

Binnen de geïncludeerde artikelen zijn een aantal beperkingen die benoemd moeten worden. Ten eerste zijn er twee casestudies geïncludeerd (Carey et al., 2019; Duarte-Vélez et al., 2018). In deze studies wordt er één participant onderzocht. Een casestudy geeft in dit geval lastig antwoord op de onderzoeksvraag in dit onderzoek. Het liefste wordt er alleen gebruik gemaakt van randomized controlled trials.

Een derde punt gaat over ethiek binnen een onderzoek. Suïcidale jongeren is een doelgroep waar voorzichtig mee om moet worden gegaan. Bij de studie van Alavi et al. (2013) werd de controlegroep op een wachtlijst gezet en kreeg dus geen behandeling aangeboden. Alle jongeren in de interventie- en controlegroep hadden Major Depressive Disorder (MDD) en waren geselecteerd voor het onderzoek door een suïcidepoging in de afgelopen negentig dagen. Omdat depressieve en suïcidale jongeren een grote risicogroep zijn, kun je je afvragen hoe ethisch het is om ze geen behandeling te bieden.

Een laatste punt gaat over de follow-up metingen. Bijna alle studies zorgen voor follow-up metingen na het einde van de behandeling, wat een sterk punt is. Niet alle studies vermeldden duidelijk hoeveel jongeren per interventiegroep een nieuwe suïcidepoging hadden gedaan na afloop van de behandeling. Dit maakte het in sommige gevallen lastig om een verschil te meten tussen interventie- en controlegroep op gebied van suïcidepogingen.

Verder moet er worden gekeken naar de limitaties binnen de opzet van deze scriptie. Als eerste implicatie zijn de artikelen door één persoon gescreend. Voor een goede screening is het betrouwbaarder om de artikelen ook door een tweede beoordelaar te laten screenen. Het kan zijn dat er artikelen niet zijn geïncludeerd die wel eventueel meegenomen hadden kunnen worden.

Cognitieve Gedragstherapie is een behandeling die in de literatuur met veel verschillende namen wordt aangeduid. Er zijn met de jaren ook veel verschillende vormen van Cognitieve Gedragstherapie verschenen, waarbij de hoofdonderdelen overeenkomen, maar de nadruk op een ander aspect ligt. Dit wordt ook teruggezien in de behandelingen die in de geïncludeerde studies voorkomen. In deze scriptie zijn namelijk studies geïncludeerd met de behandelingen CGT, CGT-imagery, SBT, SCBT-SB, F-CBT, CBT-RP, CTSP en CGT-SP. De grote lijnen van deze behandelingen komen overeen, maar ze zijn niet allemaal hetzelfde. Dit kan worden gezien als een zwak punt van deze studie.

Een andere beperking is het kleine aantal geïncludeerde studies. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van Cognitieve Gedragstherapie op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen bij jongeren die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan. De meeste onderzoeken in de databases gingen over jongeren met suïcidegedrag in het algemeen, zonder specifiek een eerdere suïcidepoging. Dit maakte het ingewikkelder om genoeg studies in het onderzoek te includeren.

Om genoeg studies te kunnen vinden, is de eis van het minimale publicatiejaar omlaag gegaan naar 2004. Dit betekent dat er studies vanaf 2004 kunnen zijn meegenomen.

Tegenwoordig wordt vaak de vorm van Cognitieve Gedragstherapie van Wenzel & Beck (2009) gebruikt als behandeling en dit zie je ook terug in onderzoeken van de laatste jaren.

Het kan zijn dat de vorm CGT van vóór 2009 niet helemaal dezelfde opzet heeft, waardoor je je kan afvragen hoe waardevol de resultaten van vóór 2009 voor deze scriptie zijn geweest.

Omdat het moeilijk was om studies te vinden die alleen jongeren onderzochten met een eerdere suïcidepoging, zijn ook studies met bredere steekproeven meegenomen. Hierbij was niet alleen 'suïcidepogingen' de uitkomstmaat, maar werden ook fenomenen als depressie, suïcidegedachten en hopeloosheid gemeten. Erg waardevolle informatie, maar dit maakt dat er niet bij elk onderzoek een effectgrootte gemeld wordt voor de uitkomstmaat

'suïcidepogingen'. Dit maakte dat het lastiger werd om een eenduidig antwoord op de onderzoeksvraag te geven.

#### *Implicaties voor verder onderzoek*

Er is weinig onderzoek gedaan naar de invloed van Cognitieve Gedragstherapie op de overgang van suïcidegedachten naar suïcidepogingen bij jongeren die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan. Deze studie toont met enig voorbehoud aan dat CGT een effectieve behandeling is, maar er is meer onderzoek nodig. Bij vervolgonderzoek zou er bijvoorbeeld een Randomized Controlled Trial kunnen worden gedaan. Zorg is dan een grote groep participanten te werven en ze gerandomiseerd toe te wijzen aan CGT-SP of de behandeling die de jongeren bij hun eigen zorgaanbieder krijgen (TAU). Het is dan van belang om follow-up metingen te houden met een sample van voldoende omvang en per interventiegroep het effect op de uitkomstmaat 'suïcidepogingen' te noteren. Zo kan ook echt de effectiviteit van de behandeling worden gemeten bij jongeren die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan.

Er zijn verschillende componenten van CGT die werkzaam lijken te zijn, maar het is nog onduidelijk welke componenten in welke situatie het meest effectief zijn. Het zou interessant kunnen zijn om onderzoek te doen waarbij juist die verschillende componenten van CGT worden getest op verschillende groepen, om te kijken wat er precies werkt in een bepaalde groep.

#### *Implicaties voor de praktijk*

Een aantal interessante punten voor de praktijk zijn in deze studie naar voren gekomen. Het betrekken van het gezin lijkt positief te werken in de behandeling met CGT.

Voor de suïcidale jongere zorgt het voor meer verbondenheid en de familieleden kunnen ervoor zorgen dat de jongere geen/minder toegang heeft tot suïcidale middelen.

Veel suïcidale jongeren die zijn onderzocht gaven aan de band met de therapeut als heel belangrijk te beschouwen. Een goede band met de therapeut zorgt ervoor dat de jongere zich fijn voelt en meer open durft te stellen. Ook kan een goede band ervoor zorgen dat de jongere naar de sessies blijft komen en niet midden in de behandeling afvalt (Donaldson, 2005).

De case studie van Carey et al. (2019) onderzochten een interessante vorm van CGT-SP, namelijk de CGT-SP-imagery interventie. De jongere in de casus dacht aan suïcidebeelden om zichzelf rust te geven en pijn te verzachten. Hij maakte een suïcidepoging visueel voor zichzelf. Tijdens de behandelsessies werd hem aangeleerd om zijn vrienden en familie in die beelden te zien. Hierdoor werd de gedachte aan suïcide verontrustend in plaats van geruststellend. Dit concept is weinig onderzocht, maar lijkt een veelbelovend concept te zijn bij het voorkomen van een suïcidepoging. Dit zou interessant zijn om onderzoeken én te gebruiken in de praktijk.

### Referenties

<sup>1</sup>Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian journal of pediatrics*, 23(4), 467–472.

<sup>3</sup>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 & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506–514.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jaac.2017.03.015>

<sup>2</sup>Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jaac.2011.04.003>

<sup>4</sup>Barbe, R. P., Bridge, J., Birmaher, B., Kolko, D., & Brent, D. A. (2004). Suicidality and Its Relationship to Treatment Outcome in Depressed Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 44–55.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1521/suli.34.1.44.27768>

Branley-Bell, D., O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2019). Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behaviour. *Journal of Psychiatric Research*, 117, 100–107.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.jpsychires.2019.07.007>

<sup>5</sup>Brent, D. A., Greenhill, L. L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J. T., Vitiello, B., Bukstein, O., Stanley, B., Posner, K., Kennard, B. D., Cwik, M. F., Wagner, A., Coffey, B., March, J. S., Riddle, M., Goldstein, T., Curry, J., Barnett, S., ... Turner, J. B. (2009). The treatment of Adolescent Suicide Attempters Study (TASA): Predictors

of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 987–996.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbe4>

Burke, T. A., & Alloy, L. B. (2016). Moving toward an ideation-to-action framework in suicide research: A commentary on May and Klonsky (2016). *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 26–30.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/cpsp.12134>

<sup>6</sup>Carey, M., & Wells, C. (2019). Cognitive Behavioural Therapy Suicide Prevention (CBT-SP) imagery intervention: A case report. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S1754470X19000175>

Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. C. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal Of Affective Disorders*, 186, 211–218.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.007>

Dhingra, K., Klonsky, E. D., & Tapola, V. (2018). An Empirical Test of the Three-Step Theory of Suicide in U.K. University Students. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 49(2), 478–487. <https://doi.org/10.1111/sltb.12437>

<sup>7</sup>Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for Adolescents Following a Suicide Attempt: Results of a Pilot Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 113–120.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1097/00004583-200502000-00003>

- <sup>9</sup>Duarté-Vélez, Y., Gomez, J., Jiménez Colón, G., & Spirito, A. (2018). Socio-Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Behavior With a Puerto Rican Male Adolescent. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 3(2), 81–97.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/23794925.2018.1432300>
- <sup>8</sup>Duarté-Vélez, Y., Torres-Dávila, P., Spirito, A., Polanco, N., & Bernal, G. (2016). Development of a treatment protocol for Puerto Rican adolescents with suicidal behaviors. *Psychotherapy*, 53(1), 45–56.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/pst0000044>
- <sup>10</sup>Esposito, S. C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., & Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728–739.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0026074>
- <sup>11</sup>Esposito, S. C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1133–1141.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/jcpp.13095>
- <sup>12</sup>Goldston, D. B., Curry, J. F., Wells, K. C., Kaminer, Y., Daniel, S. S., Esposito-Smythers, C., Doyle, O., Sapyta, J., Tunno, A. M., Heilbron, N. C., & Roley-Roberts, M. (2021). Feasibility of an Integrated Treatment Approach for Youth with Depression, Suicide Attempts, and Substance Use Problems. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 155–172.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/23794925.2021.1888664>

- Gooding, P., TARRIER, N., DUNN, G., SHAW, J., AWENAT, Y., ULPH, F., & PRATT, D. (2015). The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *European Psychiatry, 30*(8), 988–994.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.eurpsy.2015.09.002>
- Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine, 110*(10), 404–410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 56*(4), 368–378.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0039159>
- Mandel, A. A., Jager-Hyman, S., & Brown, G. K. (2021). Suicide prevention. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications., Vol. 2.* (pp. 361–388). American Psychological Association. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0000219-011>



Nederlands Jeugdinstituut. (2023, 17 mei). Zelfdoding grootste doodsoorzaak bij jeugd.

Geraadpleegd op 21 februari 2024, van

<https://www.nji.nl/nieuws/zelfdoding-grootste-doodsoorzaak-bij-jeugd>

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

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>

Shieh, G. (2014). Optimal sample sizes for the design of reliability studies: Power consideration. *Behavior Research Methods*, 46(3), 772–785.

Singh, J. (2013). Critical appraisal skills programme. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, 4(1), 76–77.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.4103/0976-500X.107697>

<sup>13</sup>Slesnick, N., Zhang, J., Feng, X., Wu, Q., Walsh, L., & Granello, D. H. (2020). Cognitive Therapy for Suicide Prevention: A Randomized Pilot with Suicidal Youth Experiencing Homelessness. *Cognitive Therapy & Research*, 44(2), 402–411.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10608-019-10068-1>

<sup>14</sup>Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S.,

- Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal adolescents. In *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. (pp. 235–262). American Psychological Association.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/11862-011>
- Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal Of Affective Disorders*, 241, 475–483.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.074>
- Zhang, L., & Shapiro, M. A. (2022). PTSD Following Suicide Attempts in Adolescents: a Case Series. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(1), 149–154.  
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s40653-021-00380-y>