

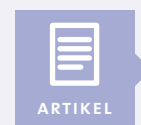
Suïcidaliteit bij adolescenten met therapieresistente internaliserende problematiek

P.C.M. HERPERS, J.E.C. NEUMANN, W.G. STAAL

- ACHTERGROND** Suïcidaliteit bij adolescenten vormt een toenemend maatschappelijk probleem, met name bij een kleine groep patiënten die moeilijk behandelbaar blijkt. Bestaande formele richtlijnen voor behandeling blijken bij deze groep, waarbij vaak sprake is van complexe comorbiditeit, in de klinische praktijk van beperkte waarde.
- DOEL** Bijdragen aan het diagnostisch en etiologisch perspectief dat nodig is voor het verbeteren van de zorg aan jongeren met therapieresistente internaliserende problematiek.
- METHODE** Integratie van verschillende, in de wetenschappelijke literatuur gehanteerde, theoretische concepten tot een holistisch model.
- RESULTATEN** Er is evidentie dat suïcidaliteit beschouwd dient te worden binnen een breder perspectief van therapieresistente internaliserende problematiek, waarbij een deels overbeschermende opvoedingsstijl, verstoord verlopen gehechtheid en niet onderkende sociale angst als belangrijke onderleggers gezien worden. Aanwezige internaliserende en externaliserende problematiek worden hierbij beschouwd als uitingen van vermijdingsgedrag. Belangrijke implicaties voor behandeling worden besproken.
- CONCLUSIE** Het hanteren van een etiologisch model voor therapieresistente internaliserende problematiek kan helpen om behandeling gerichtere vorm te geven. Zodoende kan transdiagnostische zorg geboden worden die minder afhankelijk is van specifieke DSM-classificaties. Hierbij ligt de focus op herstel van basisvertrouwen tussen jongere en ouders en op het doorbreken van vermijdingsgedrag dat gebaseerd is op sociale angst.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 283-290

TREFWOORDEN externaliserende problematiek, internaliserende problematiek, sociale angst, suïcidaliteit, therapieresistentie



Met een stijging van 11 naar 40 per 1.000.000 jongeren sinds 1950 is het aantal suïcides onder Nederlandse jongeren in de leeftijd tussen 10 en 20 jaar bijna verviervoudigd (CBS StatLine 2018). Suïcidaliteit vormt geen op zichzelf staande stoornis, maar is het eindresultaat van complexe ontwikkelingstrajecten die per persoon van elkaar kunnen verschillen (O'Connor & Kirtley 2018) en kan bij een scala aan aandoeningen voorkomen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2001; Wasserman e.a. 2012; Miché e.a. 2018).

Ook blijft het, ondanks tal van waarneembare risicofactoren, moeilijk om suïcide te voorspellen (Franklin e.a. 2017). Wat betreft adolescenten wordt suïcidaliteit vaak in verband gebracht met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek, die in de praktijk moeilijk te behandelen is (Wintersper e.a. 2016), vooral wanneer passende interventies laat worden ingezet (Hutsebaut & Hessels 2017). Het bieden van zorg aan de groep jongeren met ernstige suïcidaliteit vormt dan ook een uitdagende opdracht.

Behandeling van suïcidaliteit richt zich in eerste instantie op de direct gerapporteerde en zichtbare symptomen, waarbij richtlijnen voor behandeling (bijv. AACAP 2001) belangrijke uitgangspunten vormen. Behandeling kan zich richten op somberheidsklachten middels CGT of medicatie. Dergelijke behandelingen kunnen zinvol zijn (zie bijv. Bridge e.a. 2007), maar roepen ook nog veel discussie op (bijv. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) 2015), vooral ook omdat medicatie-effecten mogelijk omgevingsafhankelijk kunnen zijn (Alboni e.a. 2017).

Wanneer behandeling zich richt op emotieregulatieproblematiek, wordt gedacht aan behandelingsvormen als dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan 1993), *mentalization based therapy* (MBT; Bateman e.a. 2016) of schematherapie (Young e.a. 2003). Toch blijft er een kleine groep jongeren over waarbij deze behandelvormen onvoldoende effect sorteren (CADTH 2015), die ‘non-respons’ of ‘therapie-resistentie’ vertonen.

Bij therapieresistentie is een van de eerste vragen vaak of de gestelde diagnose correct is. Het beantwoorden van deze vraag wordt vaak bemoeilijkt vanwege de hoge mate van comorbiditeit die psychiatrische aandoeningen vertonen (bijv. Coghill & Sonuga-Barke 2012). Er wordt dan ook toenemend gepleit voor een transdiagnostische benadering van psychische aandoeningen, met meer focus op een combinatie van symptomen en persoonlijkheidskenmerken, dan op diagnoses in engere zin (Krueger & Markon 2014).

Zo pleit men ook om de DSM-5 (American Psychiatric Association (APA) 2013) en ICD-10 (World Health Organization 2016) te vervangen door modellen als de *Research Diagnostic Criteria* (Cuthbert & Insel 2013) of de *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (Kotov e.a. 2018). Met deze modellen tracht men op basis van verhoudingen tussen dimensies te komen tot een diagnostisch beeld.

In deze discussie speelt de centrale vraag hoe psychische aandoeningen geconceptualiseerd moeten worden. Toenemend worden aanwijzingen gevonden voor het bestaan van een centrale dimensie, de ‘p-factor’ (Caspi e.a. 2014). Deze dimensie staat voor de algemene gevoeligheid om psychische klachten te krijgen, die op te splitsen is in drie subdimensies: internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en psychotische problematiek (Caspi & Moffitt 2018). Wat betreft de etiologie kent men in deze modellen een belangrijke rol toe aan aantoonbare genetische/biologische factoren.

In dit artikel bepleiten wij om suïcidaliteit bij deze therapieresistente jongeren te zien vanuit een etiologisch perspectief van ernstige sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek in bredere zin (d.w.z. persoonlijkheidsontwikkeling), in combinatie met zich in de loop van de

AUTEURS

PIERRE HERPERS, kinder- en jeugdpsychiater, manager behandelzaken IBC Jeugd, Karakter.

CONNY NEUMANN, klinisch psycholoog zorglijn Het Jonge Kind, Karakter.

WOUTER STAAL, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Karakter.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. P.C.M. Herpers, Reinier Postlaan 12, 6525 GC Nijmegen.
E-mail: p.herpers@karakter.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-10-2019.

tijd ontwikkelende specifieke symptomen. Hierbij gaat het om een breder scala aan internaliserende symptomen en gedragingen, zoals angst- en stemmingsproblematiek, somatisatie, eetproblematiek en emotieregulatieproblematiek (Berking & Wupperman 2012), maar de combinatie met externaliserend gedrag wordt ook vaak waargenomen (Látalová & Praško 2010).

Het herkennen van de aanwezigheid van externaliserende gedragsproblematiek is belangrijk omdat in- en externaliserende symptomen eenzelfde etiologie hebben, leidend tot een verschillende uitkomst, waarbij externaliserend gedrag eerder gezien wordt bij jongens en internaliserend gedrag bij meisjes (Beauchaine e.a. 2009). Omdat de jongeren met ernstige suïcidaliteit die wij zien meestal primair internaliserende problematiek hebben, gebruiken wij in dit artikel de term ‘therapieresistente internaliserende problematiek’.

Deze term stellen wij voor om een groep patiënten die op het eerste oog weinig met elkaar gemeen lijken te hebben (bijv. suïcidaliteit en dwangstoornis) nader te specificeren tot een groep met gedeelde kenmerken. Door zelfevaluatie en zelfkritiek te passen binnen sociale angst, gekoppeld aan gehechtheidsproblematiek als voorloper van de ernstige psychische symptomen die jongeren in crisis hebben, formuleren we een nieuw/ander perspectief dat kan bijdragen aan een effectievere behandeling.

In dit essay pleiten wij ervoor om bij patiënten die (aanhoudend) onvoldoende verbeteren bij evidence-based behandeling extra aandacht te besteden aan transdiagnostische factoren als motivatie en werkrelatie, die op hun beurt weer sterk verbonden zijn met gehechtheidsrepresentaties. Zodoende kan behandeling consistent en gericht geboden worden, ongeacht de omgeving waar de jongere verblijft. Suïcidaliteit wordt in ons perspectief gezien als een van de uitingsvormen van therapieresistente

internaliserende problematiek. In dit artikel integreren we verschillende theoretische concepten tot een klinisch toepasbaar holistisch model, in een poging tot het begrijpen van suïcidaliteit en andere ernstige internaliserende problematiek bij adolescenten door de combinatie van verschillende mogelijke elementen in de etiologie. Bij therapieresistente internaliserende problematiek is er vaak complexe comorbiditeit van internaliserend en externaliserend gedrag. Dit leidt vaak tot discussie over diagnose en behandeling, zowel op patiënt- en hulpverlenersniveau als op maatschappelijk niveau.

In dit essay beschrijven we een etiologisch model voor therapieresistente internaliserende problematiek waarin verstoord verlopen gehechtheid, ontwikkeling van basisvertrouwen en sociale angst belangrijke onderleggers vormen, en waarin jongeren bij de psychiater komen met 'uit de hand gelopen' vermijdingsgedrag, zoals suïcidaliteit, stemmingsklachten of schoolweigering. Ook zien we in de etiologie parallellen met externaliserend gedrag.

ETIOLOGISCH MODEL

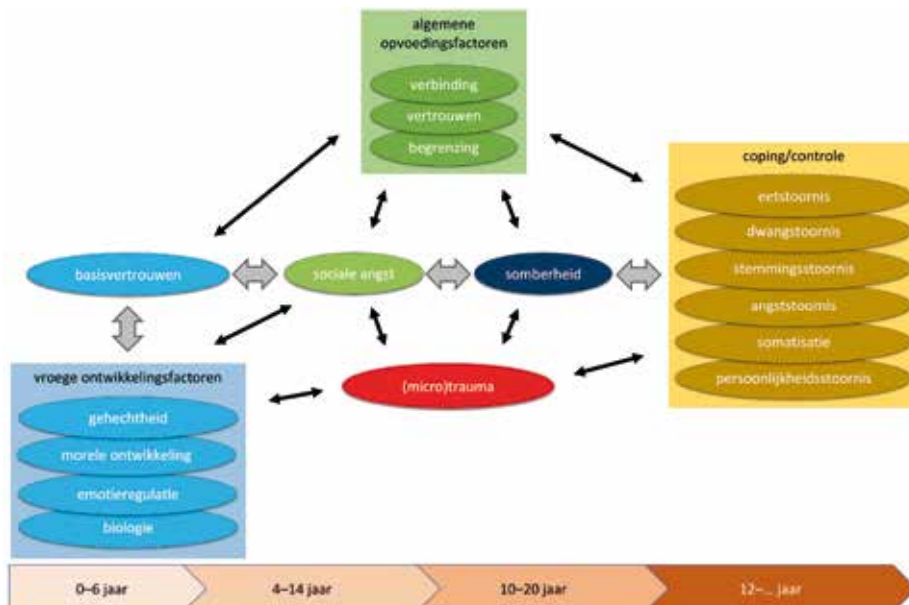
Wij beschrijven een hypothese over de ontwikkeling van emotieregulatieproblematiek en bijkomende psychiatrische symptomen. Hoewel biologische factoren hierin een rol spelen, ligt de nadruk in ons model op ontwikkelingsprocessen bij het kind, opvoedingsstijlen van ouders, voor het al of niet tot ontwikkeling komen van sociale angst als 'onderlegger' voor de ontwikkeling van ernstigere psychiatrische symptomen, die gecompliceerd worden door een verlies aan vertrouwen (zie ook **FIGUUR 1**).

Ontwikkelingsprocessen bij het kind

Therapieresistente internaliserende problematiek is gerelateerd aan een aantal belangrijke ontwikkelingsprocessen die hun aanvang in de eerste levensjaren hebben, te weten: gehechtheid, emotieregulatie en moreel redeneren. Deze dimensies bepalen hoe mensen in het leven staan en hoe zij met problemen en frustraties in het leven omgaan. Gehechtheid is nauw verbonden met emotieregulatie (Cassidy 1994) en morele ontwikkeling (Kochanska & Aksan 2006). Ook zijn biologische 'onderleggers' beschreven voor de ontwikkeling van gehechtheid (Feldman 2017), emotieregulatie (Phillips e.a. 2003) en morele ontwikkeling (Marazziti e.a. 2013). De ontwikkeling van deze dimensies begint in de vroege kindertijd (Jambon & Smetana 2015; Polanczyk e.a. 2018), waarbij biologische en epigenetische processen een rol spelen (Bosmans e.a. 2018). Tegelijkertijd worden ook belangrijke relaties gevonden tussen vroege gehechtheid en gezondheidgerelateerde processen, zoals stress en veerkracht (Esposito e.a. 2017). Daarmee wordt in de vroege kindertijd een basis gelegd voor hoe mensen later reageren op stressvolle situaties.

Deze ontwikkelingsprocessen zijn niet alleen afhankelijk van biologische ontwikkeling en rijping, maar ook van interacties met de omgeving, vooral het leren vanuit de opvoeding. Wanneer ouders emoties weten te hanteren, met name doordat het kind leert deze emotie zelf te hanteren, gaat het kind zich krachtig voelen (Soenens & Vansteenkiste 2010). Daarentegen leiden niet-effectieve opvoedingsstijlen van ouders tot een bekrachtiging van

FIGUUR 1 Etiologisch model van therapieresistente internaliserende problematiek



inadequate emotieregulatie bij het kind (Linehan 1993). Zo speelt een reflectieve/ondersteunende opvoeding een belangrijke rol in de ontwikkeling van veilige gehechtheid (Camoirano 2017), adequate emotieregulatie (Soenens & Vansteenkiste 2010) en moreel redeneren (Hinnant e.a. 2013). Opvoeden is een complexe activiteit, omdat het de flexibiliteit vereist om verschillende strategieën in te zetten op verschillende momenten, afhankelijk van de context en van de leeftijd van het kind (Smetana 2017).

De gedachte is verder dat deze processen zich verankeren in het brein als cognitieve schema's (Young e.a. 2003; Bosmans 2011). Tegelijkertijd ondergaat gedrag dat met herhaling 'ingetraind' of aangeleerd wordt, ook een biologische verankering in het brein: in het brein vinden veranderingen plaats waardoor prikkels van buitenaf automatisch tot vaste reacties leiden. Deze mechanismes zijn beschreven voor gedragsproblemen (Damasio 1994) en voor zelfbeschadigend gedrag (Liu 2017). Daarnaast hebben de kwaliteit van opvoeding en stress ook invloed op hormoonsystemen die een levenslang effect kunnen hebben (Koss & Gunnar 2017). Door deze biologische verankering kan het moeilijker worden om hier verandering in aan te brengen. Tegelijkertijd bestaat de mogelijkheid om aangeleerd gedrag weer af te leren.

Opvoedingsstijlen van ouders

Naast kindfactoren spelen ook opvoedingsstijlen van ouders een belangrijke rol in dit model. Opvoedingsstijlen kunnen worden ingedeeld in drie categorieën: autonomiebevorderend, controlerend en structurerend (Soenens & Vansteenkiste 2010). Autonomiebevorderende opvoeding richt zich erop dat een kind leert de uitdagingen in het leven zelf te managen. Een controlerende opvoedingsstijl brengt een externe expliciete controle aan en een structurerende opvoeding richt zich op het aanbrengen van externe regels.

Tegelijkertijd omvat een specifieke opvoedingsstijl geen statisch geheel. Opvoedingsstijlen van ouders kunnen variëren per leeftijdsfase, per kind, maar ook per situatie/levensdomein, afhankelijk van waarin ouders geloven als zinvol in de gegeven omstandigheden (Smetana 2017). Ook kan eigen problematiek bij ouders leiden tot problematiek bij hun kind(eren). Daarnaast kan de intergenerationale overdracht van prosociaal gedrag ook bemoeilijkt worden vanwege kindfactoren.

Het is dan ook niet verbazingwekkend dat in de interactie tussen ouders en kind ook ongewild veel mis kan gaan (Fonagy & Luyten 2017). Wat betreft opvoedingsstijlen wordt het ontstaan van internaliserende problematiek vooral in verband gebracht met het concept *psychologische controle* (Soenens & Vansteenkiste 2010). Ook is aangetoond dat chronische stress bij ouders leidt tot angstiger

kinderen (Allen e.a. 2017) en wordt sociale angst toenevend in verband gebracht met een overbeschermende opvoedingsstijl (Hemm e.a. 2018).

Sociale angststoornis

Algemeen wordt aangenomen dat de kern van de sociale angststoornis gevormd wordt door de angst voor kritiek van anderen (APA 2013). Daarbij is vaak sprake van vermijdingsgedrag en negatief gekleurde informatieverwerking (Golombek e.a. 2019). Enerzijds is het een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. Anderzijds wordt een sociale angststoornis onvoldoende herkend omdat patiënten er niet over praten (Leichsenring & Leweke 2017). Veelal is deze stoornis al in de kindertijd en, in mindere mate, in de adolescentie aanwezig (Stein & Stein 2008).

Vaak ontstaat comorbiditeit, waarbij de onderliggende sociale angststoornis niet herkend wordt (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2013), terwijl comorbiditeit geassocieerd wordt met een slechtere prognose (Steinert e.a. 2013). Hoewel genetische factoren van belang lijken voor de mate van kwetsbaarheid, wordt ook aan omgevingsfactoren (bijv. sociale angst bij ouders) een belangrijke rol toegekend in het ontstaan van een sociale angststoornis (Leichsenring & Leweke 2017). Sociale angststoornissen hebben dus een grote impact voor het algemeen psychisch en sociaal-maatschappelijk functioneren.

Daarnaast impliceert het hebben van angst voor kritiek van anderen ook (de angst) voor kritiek van zichzelf en daaraan gekoppeld perfectionisme (Van Rhijn & Leuning 2016). Dit zijn transdiagnostische factoren die men ook bij andere internaliserende problematiek ziet, waarmee het aanhoudend disfunctioneren vanuit sociale angst vervolgens weer een grote impact lijkt te hebben op de ontwikkeling van comorbide psychiatrische symptomen en verlies van vertrouwen in behandeling.

Verlies van vertrouwen

Een vaak voorkomende factor is dat jongeren, maar ook vaak ouders, gedemoraliseerd en gedemotiveerd zijn: ze hebben geen vertrouwen (meer) in behandelaars en dus geen motivatie voor behandeling. Bovendien zijn conflicten binnen het gezin dermate opgelopen, dat kind en ouders ook geen vertrouwen meer hebben in elkaar. Dit gebrek aan vertrouwen heeft toenemend geleid tot een patstelling in de relatie tussen jongeren en ouders, waarin iedereen zich machteloos en gefrustreerd voelt.

Een belangrijke aanname in deze visie is dat de jongere is gestopt met steun zoeken bij zijn/haar ouder(s) in tijden van psychologische nood, vanwege eerdere interpersoonlijke teleurstellingen en breuken in vertrouwen (Cassidy

1994). Daarmee lijkt het dat gezinnen met jongeren met therapieresistente internaliserende problematiek vaster zijn komen te zitten in disfunctionele interactiepatronen en het gebrek aan vertrouwen om er met elkaar uit te komen groot is.

IMPLICATIES VOOR BEHANDELING

Het beschreven etiologisch model lijkt te impliceren dat het gaat om een vrij simpel, gedragsmatig/interactioneel bepaald mechanisme. Daarmee zou een aanpassing in de interactie met de jongere het gedrag van die jongere moeten kunnen veranderen. Daar staat tegenover dat jongeren met therapieresistente internaliserende problematiek vaak al eerdere behandeling(en) gehad hebben met onvoldoende verbetering en dat het moeilijk is om überhaupt tot gedragsverandering te komen. Toch kan een aantal interventies beschreven worden die volgens ons als 'kritische succesfactoren' onderdeel uitmaken van de complexe behandeling van therapieresistente internaliserende problematiek.

Focus op transdiagnostische factoren en interventies

De behandeling van therapieresistente internaliserende problematiek dient zich niet alleen te richten op strikte behandelprocedures voor bijv. angst- of stemmingsklachten, maar eerder op transdiagnostische factoren (Marchette & Weisz 2017). Dit past bij de bevindingen dat het moeilijk is om aandoeningen diagnostisch goed te differentiëren en dat het mogelijk beter is om te focussen op kernsymptomen die de basis lijken voor de overige symptomen (Fried e.a. 2017). Ook past dit bij de gedachte dat comorbiditeit zich sequentieel ontwikkelt (Caspi & Moffitt 2018) en dat het moeilijk is om aandoeningen diagnostisch goed te differentiëren als extremen binnen continue variatie (Coghill & Sonuga-Barke 2012; Borsboom e.a. 2016).

Naar onze mening helpt dit dimensioneel perspectief om positieve psychologie (bijv. Bannink 2009) te integreren in de medisch-psychiatrische praktijk, middels een verschuiving van een model dat gebaseerd is op aandoeningen/beperkingen naar een model dat gebaseerd is op kwaliteiten (Greven e.a. 2017). Daarbij komt dat transdiagnostische behandelingen die gericht zijn op emotieregulatie kunnen leiden tot verbetering bij angst- en stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, eetproblematiek en borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Sloan e.a. 2017).

Ook bij jongeren met externaliserende gedragsproblemen kan een dergelijke aanpak zinvol zijn (MacPherson e.a. 2013; Lecavalier e.a. 2017). Resultaten voor een dergelijke interventie lijken niet alleen veelbelovend voor de korte termijn, maar ook na 2 jaar follow-up (Chorpita e.a. 2013). Hierin liggen ook verbanden met interventies die zich

richten op emotieregulatie, zoals MBT (Bateman e.a. 2016), DGT (MacPherson e.a. 2013) en schematherapie (Young e.a. 2003).

Focus op systemische interventies

Wij bepleiten een focus op systemische interventies die zich richten op herstel van het vertrouwen tussen jongere en ouders. Wanneer gehechtheid, emotieregulatie en moreel redeneren belangrijke transdiagnostische factoren bij het ontstaan van psychiatrische aandoeningen vormen, is het belangrijk om ook te kijken naar de intergenerationale transmissie van deze dimensies. Ouders kunnen hun eigen kwetsbaarheden hebben waardoor de communicatie met hun kind niet optimaal verloopt. Zij kunnen echter ook zelf getraumatiseerd raken door het gedrag van hun kind en het vertrouwen in hem of haar verliezen. Zo ontstaan situaties waarin zowel de jongere als haar/zijn ouders gedemoraliseerd raken.

Behandeling dient dan ook vanuit een systemisch perspectief te worden vormgegeven, gericht op herstel van vertrouwen. Ouders vormen hierin een belangrijke, zo niet de belangrijkste schakel, omdat ouders ook voor jongeren in de puberteit nog steeds een voorbeeld vormen waaraan zij loyaal willen zijn (Bandura 1973; Schacter & Margolin 2019). Herstel van vertrouwen in ouders is daarom belangrijk voor het ervaren van gehechtheid. Het repareren van vertrouwen en de samenwerking tussen de jongere en ouder(s) is een doel in de behandeling, zodat ouders weer een bron van steun kunnen zijn om emoties te helpen reguleren. Ouders kunnen daarbij ondersteunend zijn om de autonomie van de jongere uit te bouwen.

Systemische interventies die effectief lijken te zijn, zijn bijv. *attachment based family therapy* (ABFT; Bosmans 2016) en multisysteemtherapie (MST; Henggeler e.a. 2003). Hierbij richt de aandacht zich sterk op: herstel van communicatie en vertrouwen tussen de jongere en ouders, empowerment van jongeren en ouders, en acceptatie van de problematiek. Wanneer systemische interventies werkzaam zijn, kan verder gewerkt worden aan de kind-eigen problematiek.

Focus op non-compliance

Non-compliance is een breed voorkomend probleem in de gezondheidszorg en leidt tot verhoogde kosten voor de gezondheidszorg en gerelateerde gebieden (Allen e.a. 2011). Dit lijkt ook van toepassing op therapieresistente internaliserende problematiek. Jongeren (en hun ouders) tonen vaak demoralisatie en daarmee een gebrekkige motivatie voor behandeling. Dit kan de vorm aannemen van epistemisch wantrouwen (Fonagy e.a. 2017). Bovendien zijn er ook jongeren die actief de behandeling lijken te saboteren. Dit kan gezien worden als vermijdingsgedrag.

Ook somatische en psychiatrische symptomen kunnen een dergelijke interactionele betekenis hebben. Het gaat er dan om hoe jongeren leren zichzelf te begrenzen in hun vermijdingsgedrag en, wanneer ze dat niet willen, hoe ze van buitenaf begrensd worden.

Complicerend hierbij is dat jongeren met therapieresistente internaliserende problematiek in de adolescentie weinig begrenzing van hun ouders lijken te accepteren. In dergelijke situaties lijken richtlijnen voor de behandeling van externaliserende problemen (bijv. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP 2013) meer op zijn plaats dan richtlijnen voor internaliserende problematiek (bijv. Van Hemert e.a. 2012). Omdat gehechtheid ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van externaliserende gedragsproblemen speelt (Fonagy & Luyten 2017), is het belangrijk om niet alleen de betrokkenheid van jongeren (Karver e.a. 2006) te maximaliseren, maar ook die van ouders (McCart & Sheidow 2016; Piotrowska e.a. 2017).

DISCUSSIE

Met dit essay willen wij een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg aan jongeren met ernstige suïcidaliteit, die onvoldoende verbetering hebben laten zien op eerdere evidence-based behandeling. Om deze problematiek beter te begrijpen hebben wij een model ontwikkeld voor de etiologie van therapieresistente internaliserende problematiek, waarin verstoorde gehechtheid en sociale angst belangrijke onderleggers vormen, en waarin jongeren bij een hulpverlener komen met 'uit de hand gelopen' vermijdingsgedrag, zoals suïcidaliteit, stemmingsklachten of schoolweigering.

Behandeling van therapieresistente internaliserende problematiek dient vorm te krijgen met een focus op transdiagnostische factoren en interventies, op systemische interventies die gericht zijn op herstel van het vertrouwen tussen jongere en ouders herstel van vertrouwen en communicatie en op non-compliance. De basisattitude wordt vormgegeven vanuit een perspectief, gebaseerd op behandelprincipes uit de cognitieve gedragstherapie en gehechtheidstheorie. Van daaruit wordt structureel aandacht besteed aan thema's zoals samenwerking met externe organisaties en veiligheid.

Allereerst is het belangrijk om te benadrukken dat het beschreven model een *interactie* van biologische, psychologische en sociale factoren beschrijft; het gaat *niet* om een lineair causaal verband. Er ligt geen oorzaak bij de ene of de andere partij. Het lijkt er wel op dat er vaak vroeg in het leven gebeurtenissen (bijv. perinatale complicaties of langdurige ziekte) hebben plaatsgevonden, waardoor ouders een zorgzame opvoedingsstijl aangenomen hebben. Vervolgens blijkt het moeilijk om weer een 'normaal begrenzende' opvoedingsstijl aan te nemen. Dit laatste

heeft niet alleen met het handelen van ouders te maken, maar ook met hoe de jongere reageert op hernieuwde begrenzing en of hij of zij die toe kan laten.

Aangezien het gaat om therapieresistente internaliserende problematiek wordt ook vaak gezocht naar biologische interventiemogelijkheden. Regelmatig hebben jongeren ook al diverse antidepressiva en antipsychotica gehad, onvoldoende leidend tot verbetering.

Wanneer therapieresistente internaliserende problematiek wordt gezien vanuit het perspectief van een verstoord verlopende persoonlijkheidsontwikkeling, dan is bekend dat medicatie maar een beperkt nut heeft (Paris 2009). Ook bij externaliserende problematiek is er maar een beperkte plaats voor medicatie (Gurnani e.a. 2016), waarbij voorzichtigheid geboden is bij het gebruik van antipsychotica (Daviss e.a. 2016) en een verhoogd risico op ernstig zelfbeschadigend gedrag niet uitgesloten kan worden (Sharma e.a. 2016).

Elektroconvulsiotherapie lijkt bij jongeren even effectief als bij volwassenen (Lima e.a. 2013), maar wordt in Nederland nog maar zelden ingezet, waarschijnlijk omdat bij adolescenten eerder persoonlijkheidsproblematiek voorkomt dan psychose, manie of ernstige depressie. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre behandelmethoden als repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS; Magavi e.a. 2017), ketamine (Dwyer e.a. 2017; Wilkinson e.a. 2018) of psychedelica (Carhart-Harris e.a. 2014) een plaats kunnen innemen in de behandeling van jongeren met therapieresistente internaliserende problematiek.

Toenemend worden aanwijzingen gevonden voor het bestaan van een centrale dimensie *p*, een enkele dimensie voor algemene psychiatrische symptomen, die op te splitsen zijn in drie subdimensies, te weten internaliserende, externaliserende en psychotische problematiek (Caspi & Moffitt 2018). Het door ons beschreven etiologisch model impliceert dat in- en externaliserende problematiek mogelijk eenzelfde dimensie vormen. Hoewel het bestaan van comorbiditeit beschreven wordt (Krueger 1999) en er ook vergelijkbare ontwikkelingspaden voor borderline- en antisociale problematiek beschreven worden (Beauchaine e.a. 2009), is ons geen onderzoek bekend dat deze hypothesen expliciet formuleert of toetst. Omdat dit wel implicaties voor behandeling heeft is verder onderzoek noodzakelijk.

Beperkingen

In dit artikel hebben we theoretische concepten tot een klinisch toepasbaar model geïntegreerd. Toch heeft het model beperkingen. Een belangrijke beperking van dit model is dat het vooralsnog nauwelijks onderzocht is. Ook is het niet toepasbaar op iedere jongere met non-respons.

Hiermee rijst ook voor dit model de vraag hoe we jongeren met een goede respons bij gebruik van dit model kunnen identificeren? Een andere belangrijke vraag is: hoe om te gaan met jongeren die ook bij het volgen van dit etiologisch model non-respons vertonen?

Een andere beperking is dat wij ons gericht hebben op de leeftijdscategorie 12-18 jaar. De beschreven etiologie lijkt niet anders bij andere leeftijdscategorieën. Mogelijk is het model breder toepasbaar, maar moet men het verschil zoeken in respons versus non-respons.

Een laatste beperking is dat dit model impliceert dat omgevingsfactoren een belangrijke factor vormen in de differentiatie tussen in- en externaliserende ontwikkelingsproblematiek. Deze onderwerpen vergen verder onderzoek.

Besluit

In dit artikel beschreven we een ander perspectief waarmee behandeling gericht vormgegeven kan worden. Verstoord verlopen gehechtheid en daaropvolgend sociale angst vormen belangrijke onderleggers in de etiologie. Zelfdevaluatie en zelfkritiek worden hierbij gezien als uiting van sociale angst, waarbij de ernstige in- en externaliserende problematiek gezien wordt als 'uit de hand gelopen' vermijdingsgedrag, zoals suïcidaliteit, stemmingsklachten en/of schoolweigeringsgedrag.

Behandeling van therapieresistente internaliserende problematiek dient in eerste instantie gericht te zijn op herstel van vertrouwen en communicatie, acceptatie en empowerment binnen het gezin. Dit zijn belangrijke dimensies om een veilige basis te creëren voor (al dan niet) verdere hulpverlening in de toekomst. Rondom dit model blijven echter ook nog vragen die verder onderzoek naar deze theorie noodzakelijk maken.

 De volledige referentielijst is op te vragen bij auteurs.

LITERATUUR

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 495-9.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Bannink FP. Positieve psychologie in de praktijk. 1 ed. Amsterdam: Hogrefe; 2009.
- Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: A biology x sex x environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 735-70.
- Bosmans G. De behandeling van depressie bij kinderen en jongeren: Bruggen slaan tussen cognitieve gedragstherapie en gehechtheidstheorie. *Cognitieve Gedragstherapie* 2011; 44: 149-61.
- Bosmans G. Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2016; 19: 310-28.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, e.a. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007; 297: 1683-96.
- Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 831-44.
- Fonagy P, Luyten P. Conduct problems in youth and the rdcc approach: A developmental, evolutionary-based view. *Clin Psychol Rev* 2017; 64: 57-76.
- Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017; 4: 9.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. CADTH rapid response reports. Ottawa: CADTH; 2015.
- Hemm C, Dagnan D, Meyer TD. Social anxiety and parental overprotection in young adults with and without intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31: 360-8.
- Hutsebaut J, Hessels CJ. Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 166-74.
- Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: The hierarchical taxonomy of psychopathology (HITOP). *World Psychiatry* 2018; 17: 24-5.
- Leichsenring F, Leweke F. Social anxiety disorder. *N Engl J Med* 2017; 376: 2255-64.
- Marchette LK, Weisz JR. Practitioner review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 970-84.
- National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guidelines. Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment. Leicester: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists; 2013.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.

- Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2017; 57: 141-63.
- Smetana JG. Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Curr Opin Psychol* 2017; 15: 19-25.
- Soenens B, Vansteenkiste M. A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Dev Rev* 2010; 30: 74-99.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008; 371: 1115-25.
- van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- van Rhijn M, Leuning E. Inquiry-based stress reduction in de praktijk. Amsterdam: Hogrefe; 2016.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 2016; <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

SUMMARY

Suicidality in adolescents with therapy refractory internalising behaviour

P.C.M. HERPERS, J.E.C. NEUMANN, W.G. STAAL

BACKGROUND Suicidality in adolescence is increasingly becoming a societal problem, especially because there remains a small group of patients in which treatment effectiveness is small. Existing formal guidelines often are of limited value in this group that often shows complex comorbidity.

AIM To contribute to the diagnostic and aetiological perspective in order to better understand therapy refractory internalising behaviour.

METHOD Integration of several scientific theoretical concepts into a holistic model.

RESULTS Evidence shows that suicidality should be considered within a broader scope of therapy refractory internalising behaviour. Important underpinnings comprise a partially overprotective parenting style, disturbed attachment processes and social anxiety. Internalising and externalising behaviour problems are viewed as expressions of avoidance behaviour. Furthermore, we discuss important implications for treatment.

CONCLUSION Applying an aetiological model for therapy refractory internalising behaviour may help to increase efficacy of treatment. Thus, transdiagnostic treatment can be offered, being less dependent on specific DSM-classifications. Focus of treatment is on restoration of basic trust between the youngster and his parents, and on ending avoidance behaviour that is based on social anxiety.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)4, 283-290

KEY WORDS externalising behaviour, internalising behaviour, social anxiety, suicidality, therapy refractoriness