

# Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit; een kwestie van maatwerk

K.H.J.E. Mennen, S.P.A. Rasing, R.F.P. de Winter, M. van den Bogaard, M. van den Berg, J.M. van Rossum, D.H.M. Creemers

**Samenvatting** Aan de hand van een casus van een adolescente met suïcidaliteit vanuit zowel een depressieve als een obsessieve-compulsieve stoornis beschrijven we waarom grondig analyseren van suïcidaliteit noodzakelijk is. De behandeling van de suïcidaliteit is gericht op het aanpakken van de onderliggende psychiatrische stoornissen en oorzakelijke factoren. Dit vraagt om een passende indicatiestelling van de behandelsetting en de organisatie van continuïteit van zorg en veiligheid. Door differentiatie van typen suïcidaal gedrag volgens een nieuw conceptueel model en door analyse van suïcidaliteit als fenomeen met een eigen identiteit kan de behandelaar een op maat gemaakte structuurdiagnose stellen en specifieke behandelingen bieden, evenals risico-inschattingen. Bij onze patiënte hadden intrusies invloed op de suïcidaliteit. Zij werd behandeld met eye movement dual task (EMDT), exposure en autonomiebevorderend herstel, waarna de suïcidaliteit verminderde en de angst om controle te verliezen afnam.

Suïcidaliteit verwijst naar het geheel van gedachten, gevoelens, verbeeldingen en voorbereidingshandelingen waarbij pogingen en suicides het uiteinde van het continuüm vormen. Suïcidaliteit is een complex, moeilijk grijpbaar fenomeen dat nooit enkelvoudig voorkomt en wordt beïnvloed door diverse factoren en drijfveren.<sup>1</sup> Bij 60-98% van de mensen die overlijden door suïcide kan, al dan niet achteraf, een psychiatrische diagnose worden gesteld waarbij de meest voorkomende de unipolaire en bipolaire stemmingsstoornis, schizofrenie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis en aan middelen gebonden stoornis zijn.<sup>2,3</sup>

Ook bij jongeren komt suïcidaal gedrag voor wanneer psychiatrische problematiek speelt. Van de jongeren uit de algehele populatie kampt 19% met suïcidaliteit en bij depressieve adolescenten heeft 60% suïcidale gedachten.<sup>4</sup> Suïcide is een van de belangrijkste doodsoorzaken bij jongeren ([https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052\\_95/table?fromstatweb](https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?fromstatweb)). Bekend is dat meisjes vaker een suïcidepoging doen dan jongens, maar bij suicides die slagen is het juist andersom.<sup>5</sup>

Suïcidaliteit wordt traditioneel gezien als uniform concept: onderscheid in acute of chronische suïcidaliteit wordt gemaakt om interventies in te zetten op oorzakelijke factoren, indicatiestelling van de behandelsetting te verrichten en continuïteit van zorg en veiligheid te organiseren met als laatste optie een vrijwillige of gedwongen klinische opname.<sup>1,2</sup> De behandeling van suïcidaliteit is niet vaststaand: per patiënt moet worden afgewogen welke interventies passend zijn bij het unieke complex van factoren dat aan het gedrag ten grondslag ligt.<sup>6</sup>

Een relatief onderbelicht deel van suïcidaliteit zijn intrusies – terugkerende, oncontroleerbare, indringende suïcidale beelden en gedachten die gaan over de eigen suïcide of de nasleep daarvan. Deze worden onder andere gezien bij de obsessieve-compulsieve stoornis.<sup>7,8</sup> De obsessieve-compulsieve stoornis omvat het ervaren van ongewenste, persisterende gedachten, impulsen of voorstellingen en repetitieve handelingen waartoe patiënt zich gedwongen voelt om angst of lijdenslast te verminderen of om een gevreesde gebeurtenis te voorkomen zonder een bestaand reëel verband.<sup>9</sup>

Aan de hand van de casus van een 20-jarige patiënte beschrijven we waarom grondig analyseren en flexibel herzien van suïcidaliteit en periodiek herzien noodzakelijk zijn. Naast interventies gericht op veiligheid en op het beïnvloeden van de oorzakelijke of onderhoudende factoren is behandeling van aanwezige psychiatrische aandoeningen nodig.

## CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 20-jarige vrouw, was een vrolijk en ondernemend kind dat zich normaal ontwikkelde tot zij op 6-jarige leeftijd voor het eerst onverklaarbare buikpijnklachten kreeg (zie **figuur 1**). Ze kreeg diverse behandelingen aangeboden, onder andere *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) gericht op een voor haar traumatische gebeurtenis. Nadien ervoer patiënte vermoeidheid, anhedonie en op 14-jarige leeftijd somberheid en suïcidale gedachten.

## AUTEURS

**Kelly H.J.E. Mennen**, psychiater, K&J GGZ, GGZ Oost Brabant.  
**Sanne P.A. Rasing**, senior wetenschappelijk onderzoeker, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant, onderzoeker Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

**Remco F.P. de Winter**, psychiater, geneesheer-directeur GGZ Rivierduinen, senior onderzoeker, vakgroep psychiatrie en neuropsychologie, Universiteit Maastricht, sectie psychologie VU Amsterdam.

**Michel van den Bogaard**, klinisch psycholoog, psychotherapeut, jeugd-GGZ Herlaarhof.

**Marieke van den Berg**, gz-psycholoog, K&J GGZ, GGZ Oost Brabant.

**Jozé M. van Rossum**, kinder- en jeugdpsychiater, K&J GGZ, GGZ Oost Brabant.

**Daan H.M. Creemers**, klinisch psycholoog, psychotherapeut, hoofd wetenschappelijk onderzoek, Depressie Expertisecentrum Jeugd, GGZ Oost Brabant.

### Correspondentie

Kelly Mennen (khje.mennen@ggzoostrabant.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-2023.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(2):101-106

Na het delen van haar suïcidale gedachten en plannen werd zij opgenomen op een gesloten afdeling van een ggz-instelling gedurende 4 maanden. Eenzaamheid en wanhoop namen toe en leidden tot zelfbeschadiging in de vorm van hoofdbonken, het weigeren van eten en een suïcidepoging. Medicamenteuze behandeling werd geboden met inzet van verschillende medicijnen. Omdat de gesloten setting geen positieve invloed leek te hebben, werd patiënte overgeplaatst naar een open afdeling en er werd toegewerkt naar dagbehandeling vanuit huis. Nadat patiënte wederom een poging tot suïcide deed, werd zij opnieuw voor een time-out op een gesloten afdeling opgenomen. Automutilatie en suïcidepogingen werden als risicovol gezien, waardoor veiligheidsgedrag – handelingen door hulpverleners en familie om meer risicovol gedrag te voorkomen – werd ingezet. Er ontstond een negatieve spiraal van vrijheidsbeperkende maatregelen als reactie op het risicovolle gedrag. Patiënte werd bekrachtigd in haar suïcidale identiteit en er was geen ruimte om een gezonde identiteit te ontwikkelen gedurende cruciale jaren van identiteitsontwikkeling.

Na 6 maanden wilde patiënte niet vrijwillig blijven en werd (in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; Wet Bopz) een inbewaringstelling uitgeschreven, later omgezet naar rechterlijke machtiging. Patiënte had, zo vertelde zij achteraf, in deze periode het meeste last van zich opdringende suïcidale gedachten en handelingen waarover ze geen controle ervoer. Zij zag in elke situatie triggers: mogelijkheden om zich te suïcidieren (zie **figuur 2**). Deze zich opdringende gedachten en handelingen werden niet als intrusies gezien of behandeld.

Patiënte bleef 6 maanden klinisch opgenomen in een intensiecare-unit, waar zij bijna dagelijks gefixeerd werd en dwangmedicatie toegediend kreeg. Toen zij

weer vrijwillig medicatie en zorg aannam, werden een nieuw medicijn en elektroconvulsiotherapie ingezet conform het depressieprotocol, maar zonder resultaat. Als ultieme poging om de negatieve spiraal te doorbreken werd patiënte op 16-jarige leeftijd opgenomen op een gesloten jeugdzorglocatie, waar intensieve observatie, stabilisatie en behandeling geboden werden. Tegelijkertijd werd een second opinion gevraagd, waaruit bleek dat suïcidaliteit bestond vanuit zowel een depressieve als een obsessieve-compulsieve stoornis en daarmee twee te onderscheiden eigen mechanismen kende. Geconcludeerd werd dat de tot op heden onderbelichte intrusies een grote rol speelden.

Aan patiënte en familie werd psycho-educatie gegeven over de functie en betekenisgeving van het gedrag. Samen met hen werd gekozen voor autonomiebevorderend herstel met exposure en met *eye movement dual task* (EMDT) gericht op klachtenreductie en opbouw van zelfbestaan. Een ombuiging van de negatieve spiraal werd gezien: op de leeftijd van 17 jaar woonde patiënte voor het eerst weer thuis, volgde ambulante behandeling en gebruikte ze een antidepressivum. Ze had de suïcidale intrusies onder controle, bewaakte haar grenzen, maar bleef onverminderd depressief.

Als 18-jarige werd zij nog driemaal kortdurend vrijwillig opgenomen voor een time-out. Suïcidaliteit bleef aanwezig en zorgde voor uitzichtloos en ondraaglijk lijden. In overleg met ouders en in samenspraak met hulpverlening deed patiënte een aanmelding bij Expertisecentrum Euthanasie. Gelijkijdig besloot zij om 10 weken klinische behandeling aan te gaan bij een specialistische jeugdkliniek, waar activatie, regulatie, vermindering van veiligheidsgedrag en blootstelling aan triggers, zoals medicatie in eigen beheer en zelfstandig over een brug lopen, centraal stonden. Naast behandeling richtte men zich op normalisatie en acceptatie van

**Figuur 1. Diagnose en behandelvoorgeschiedenis patiënte A**

6 jaar	
Onverklaarbare buikpijnklachten	
11 jaar	
Conversiestoornis	sertraline CGT - mindfulness – EMDR
14 jaar	
Depressie met suïcidaliteit	fluoxetine, olanzapine, quetiapine CGT - EMDR - PMT - transactionele analyse Creatieve therapie - systeemtherapie
15 jaar	
Depressie met suïcidaliteit, controleverlies	dwangmedicatie: nortriptyline ICU - fixatie Creatieve therapie - TA
	lithium ECT
16 jaar	
Depressie met suïcidaliteit, controleverlies, OCS	observatie - stabilisatie na second opinion: EMDT - exposure
17 jaar	
	fluvoxamine EMDT - exposure - schematherapie - systeemtherapie Creatieve therapie
18 jaar	
	fluvoxamine EMDT - exposure - Schematherapie - systeemtherapie Creatieve therapie
19 jaar	
	afbouw medicatie - activatie - regulatie - afbouw veiligheidsgedrag
20 jaar	
Depressie met suïcidaliteit, OCS, PTSS, FNS	Schematherapie - rTMS
	TF-CBT

Groene vakken: ambulantly; blauwe vakken: klinisch; OCS: obsessieve-compulsieve stoornis; PTSS: posttraumatische stressstoornis; FNS: functioneel neurologische stoornis; SSRI: selectieve serotonineheropnameremmer; CGT: cognitieve gedragstherapie; EMDR: eye movement desensitization and reprocessing; AP: atypisch antipsychoticum; PMT: psychomotore therapie; ICU: intensievecare-unit; ECT: elektroconvulsie therapie; EMDT: eye movement dual task additive intervention; rTMS: repetitieve transcraniële magnetische stimulatie; TF-CGT: traumagerichte cognitieve gedragstherapie.

de suïcidale intrusies met als gevolg dat kwaliteit van leven toenam. Medicatie werd afgebouwd en de ambulante behandeling werd afgeschaald naar een frequentie van tweemaal per week.

Omdat somberheid, hopeloosheid en lijden bleven bestaan, werd repetitieve transcraniële magnetische stimulatie geprobeerd, echter zonder effect. Mede door de behandeling ontwikkelde patiënte haar mentaliserend vermogen. Hierdoor ontstond ruimte om bij de complexe behandelgeschiedenis stil te staan, waarna zij last kreeg van herbelevingen, nachtmerries, alertheid en het niet kunnen verdragen van aanrakingen. Er werd een posttraumatische stressstoornis vastgesteld met als psychotraumatische gebeurtenis de opeenstapeling van ingrijpende klinische behandeltrajecten en gedwongen handelen.

Zij kreeg traumagerichte cognitieve gedragstherapie aangeboden, waarbij de focus lag op het lichaamsgericht werken, doorwerken van traumata en leren delen met ouders. De behandeling werd gecontinueerd en behandelaren bleven oog houden voor de suïcidaliteit en de intrusies gezien vanuit de depressieve en obsessieve-compulsieve stoornis.

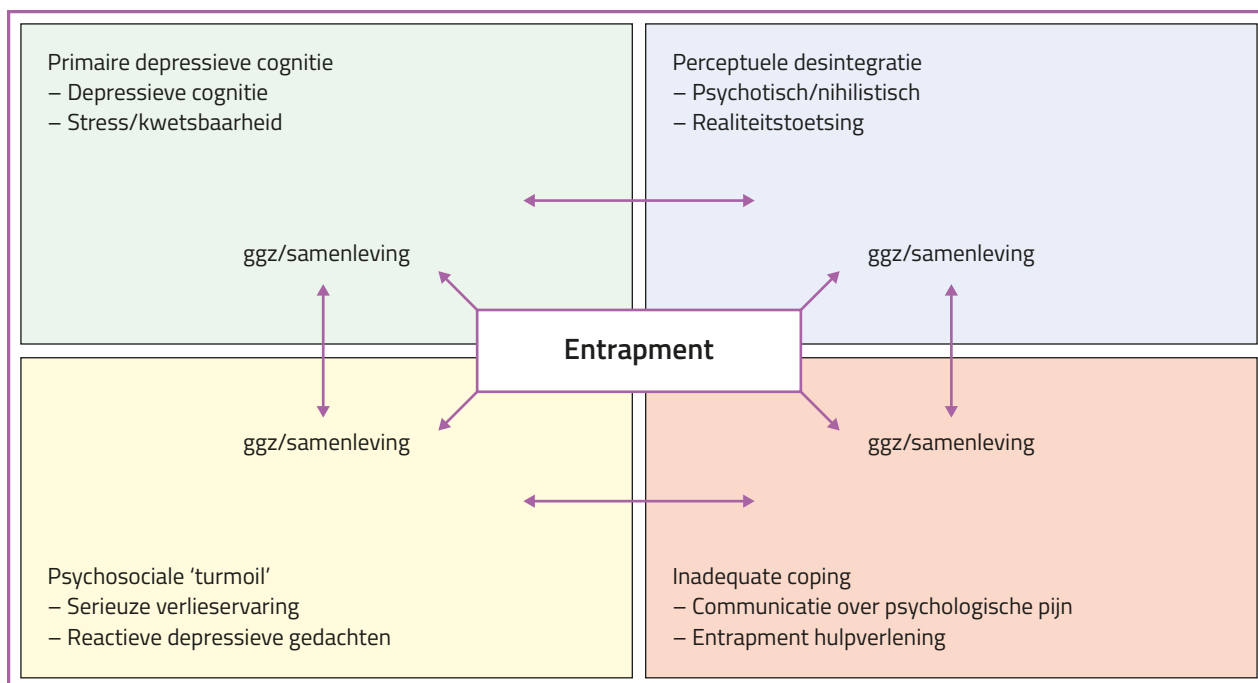
## BESPREKING

### Differentiatie van suïcidaal gedrag

Suïcidaliteit is een complex heteroog concept waarbij men een grof onderscheid kan maken tussen acute en chronische suïcidaliteit. De Winter e.a. ontwierpen een klinisch conceptueel model waarbij zij trachtten onderscheid te maken in suïcidaal gedrag in vier subtypen (zie **figuur 2**).<sup>10</sup> Bij het eerste subtype valt suïcidaliteit binnen de context van een verstoorde waarneming of andere psychotische ontregeling onder perceptuele desintegratie. Het tweede subtype kenmerkt zich door suïcidaliteit vanuit een primair depressieve of angstige gedachtegang. Suïcidaliteit bij psychosociale ‘turmoil’ (draaikolk) wordt gezien als acute reactie op verlies, vernedering, schaamte, tegenslag of naderend onheil. Als vierde subtype kan suïcidaliteit ontstaan bij inadequate coping of communicatie, waarbij suïcidaal gedrag als manier van benadrukken van onderliggend lijden wordt gezien.

Het model is niet statisch: er kan sprake zijn van menging en van verschuiving tussen de typen. Het maken van een grondige analyse voor het ontstaan van suïcidaliteit is nodig om gepersonaliseerde diagnoses te kunnen stellen, op maat gemaakte behandeling en risico-inschattingen te kunnen bieden. Mogelijk kunnen afspraken rondom verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt en rolverdeling onder hulpverleners beter geformaliseerd worden.<sup>11</sup> Het fenomeen kan beter doorgrond en behandeld worden, wat tijdige herkenning en optimaal handelen mogelijk maakt; deze vormen de beste preventie voor suïcide.<sup>12</sup>

**Figuur 2. Conceptueel model van de subtypen van suïcidaal gedrag**



*Entrapment ofwel klemzitten in een situatie zitten waaruit ontsnapping niet mogelijk is en redding door anderen niet mogelijk wordt geacht,<sup>12</sup> speelde een rol bij onze patiënte. De pijn en andere klachten droegen bij aan suïcidaliteit gezien vanuit de primair depressieve cognities. Intrusies, zowel vanuit een depressieve als obsessieve-compulsieve stoornis, speelden vanaf de leeftijd van 15 jaar een rol en waren van invloed op het gevoel klem te zitten. Ook vanuit psychosociale 'turmoil' ontstond suïcidaliteit bij patiënte. Zij ervoer verlies van autonomie en vermindering van contact met vrienden en familie. Als laatste factor leek de coping van patiënte niet adequaat en konden de inzet van zelfbeschadiging en de pogingen tot suïcide worden gezien als suïcidaliteit vanuit inadequate coping of communicatie. Dit alles stond de opbouw van de gezonde, zich ontwikkelende identiteit van patiënte in de weg.*

### Behandeling intrusies

Terugkerende, oncontroleerbare, indringende suïcidale beelden en gedachten die gaan over de eigen suïcide of de nasleep daarvan hebben invloed op suïcidaliteit. Afhankelijk van de oorsprong van suïcidale intrusies wordt behandeling bepaald.<sup>13</sup> Nederlandse onderzoekers gingen na of aanpak van suïcidale intrusies door het toepassen van *eye movement dual task* (EMDT) als additieve interventie effect heeft.<sup>8</sup> Wanneer intrusies minder levendig en emotioneel beladen zijn, verliezen ze impact en komen ze minder frequent voor. Het verlangen om te ontsnappen door suïcide neemt af met als gevolg verkleining van het risico op het plegen van suïcide.<sup>8</sup> Intrusies voortkomend uit een obsessieve-compulsieve

stoornis zouden behalve met EMDT ook met exposure behandeld kunnen worden.<sup>8,14</sup> Exposure is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarbij systematisch de angstige verwachting onderzocht en weerlegd wordt. Blootstelling aan situaties die angst oproepen zonder dat de gevreesde gevolgen uitkomen, vindt plaats met als doel de inhibitorische associatie te versterken.<sup>15</sup>

*Intrusies leken te zijn ontstaan nadat patiënte gedurende klinische opnames nauwelijks werd blootgesteld aan triggers. Hoe langer triggers worden vermeden, hoe groter de angst om te worden blootgesteld eraan. In de second opinion werd duidelijk dat de opdringerige suïcidale gedachten geduid konden worden als intrusies en direct daarna werden EMDT en exposure aangeboden. Als voorbeeld werd patiënte alleen gelaten met een touw in een kamer. Zij ervoer daarbij de beschikking over middelen om zichzelf iets aan te doen, maar leerde haar intrusies onder controle te houden. Angst en hopeloosheid namen af waardoor vrijheden konden worden verruimd (zie **figuur 3**). Het besluit tot deze indicatiestelling werd altijd gezamenlijk genomen, om de belasting en angst die dit teweeg kon brengen bij behandelaren gezamenlijk te kunnen dragen.*

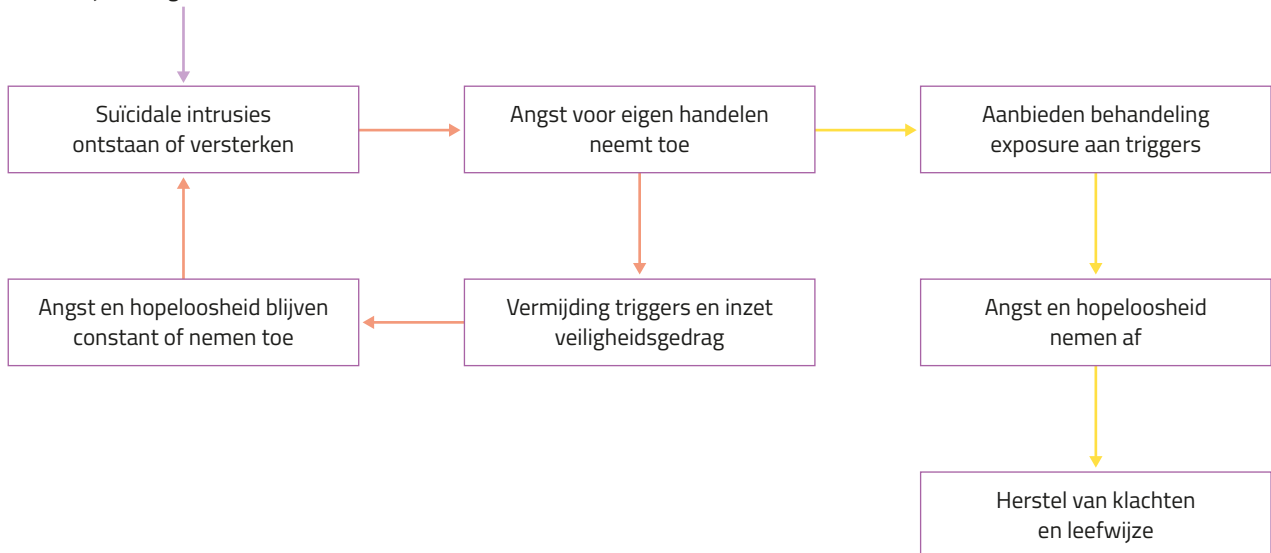
### Behandeling van suïcidaliteit

Na onderkenning en diagnostiek van suïcidaliteit wordt behandeling ingezet. In de eerste plaats wordt veiligheid gecreëerd door afspraken te maken over het betrekken van naasten en over het wegnemen van middelen waarmee suïcide gepleegd kan worden.<sup>11</sup> Er wordt stilgestaan bij de noodzaak om regie over te nemen. Soms

**Figuur 3. Vicious circle van suïcidale intrusies**

Triggers zoals:

- Niet gesloten deuren en ramen
- Alleen naar buiten gaan
- Viaducten en treinsporen passeren
- Medicatie in eigen beheer
- Kabeltjes in eigen beheer



zijn directief handelen en overname van autonomie noodzakelijk, zoals bij suïcidaliteit voortkomend uit perceptuele desintegratie. In andere gevallen sorteert het beter effect om verantwoordelijkheid spoedig terug te leggen bij de patiënt, zoals bij inadequate communicatie en coping. Op basis van de ernst van de suïcidaliteit kan een klinische opname worden geïndiceerd.<sup>11</sup> Met psycho-educatie kan uitleg gegeven worden over het gedrag, onderliggende stress-, risico- en beschermende factoren aan patiënte en naasten. Daarnaast wordt behandeling van de onderliggende problematiek en mogelijk aanwezige psychiatrische stoornissen aangeboden met medicatie en psychotherapie.<sup>1,2,12</sup>

Uit onderzoek blijkt dat de behandeling van suïcidaliteit bij adolescenten niet anders is dan bij volwassenen.<sup>6</sup> Het is van groot belang opvoeders hierbij te betrekken en de draagkracht van het systeem mee te nemen in de keuze voor interventies, zoals *attachment based family therapy* (ABFT) of *non violent resistance* (NVR).<sup>6,16,17</sup>

*De complexe en hoog-ingeschatte suïcidaliteit van onze patiënte zorgde voor klinische opnames, directief en restrictief handelen. Door te kijken naar suïcidaliteit als transdiagnostisch fenomeen werd besloten tot autonomie- en herstelbevorderend beleid met als gevolg verbetering van klachten en afschaling van zorg. In de behandeling van patiënte werd voortdurend aandacht besteed aan suïcidaliteit vanuit de depressieve cognities met psychotherapie en medicatie conform protocol. Ook werden EMDT, exposure en medicatie ingezet op de intrusies. Suïcidaliteit bezien vanuit psychosociale turmoil nam af doordat patiënte minder verlieserva-*

*ringen, vernedering en schaamte doormaakte. Behandeling richtte zich ook op normalisatie en acceptatie van klachten en ontwikkeling van het mentaliserend vermogen, waardoor suïcidaliteit vanuit inadequate coping of communicatie naar de achtergrond verdween. Te allen tijde waren patiënte en familie betrokken bij beslissingen die genomen moesten worden.*

## CONCLUSIE

Behandeling van suïcidaliteit is gefocust op veiligheid creëren, psycho-educatie geven, behandeling van onderliggende problematiek en mogelijk aanwezige psychiatrische stoornissen. Door te differentiëren in suïcidaliteit aan de hand van het conceptueel model van De Winter e.a. kunnen behandelaren meer gepersonaliseerde diagnoses stellen, op maat gemaakte behandelingen en risico-inschattingen bieden. Het type suïcidaliteit zou leidend moeten zijn in de keuze om regie over te nemen of verantwoordelijkheid terug te leggen. Het ontwikkelen van een model waarbij men op rationele gronden behandelbeleid kan bepalen, is noodzakelijk. De Winter e.a. veronderstellen dat tijdige herkenning van suïcidaliteit met daarnaast optimale behandeling van onderliggende problematiek en psychiatrische ziekten de beste preventie voor suïcide is.<sup>11</sup> Bij adolescenten is het betrekken van opvoeders en het inschatten van de draagkracht van het systeem van groot belang. Overigens blijkt de behandeling van suïcidaliteit bij adolescenten niet anders dan bij volwassenen.<sup>6</sup>



## Epiloog casusbeschrijving

Bij patiënte A is suïcidaliteit bekeken als fenomeen met een eigen identiteit met een depressieve en obsessieve-compulsieve zijde. De ernst van de suïcidaliteit bracht een behandelklimaat teweeg waar het bieden van veiligheid en beheersing centraal stonden. Echter, gelet op de inhoud van de suïcidaliteit, was een andere aanpak nodig. Door in een eerder stadium te starten met behandeling die aansluit bij hoe de suïcidaliteit geïdentificeerd is, door autonomieherstellend te werken en verantwoordelijkheid op een ander moment terug te geven aan patiënte, zou het herstelproces mogelijk eerder op gang gekomen zijn. Patiënte vertelde dat de suïcidaliteit verminderd was. Ze had haar gedachten onder controle en de angst om controle te verliezen was verminderd. Op het moment van schrijven was patiënte in zorg bij de ambulante afdeling van een ggz-instelling waar zij behandeling voor de posttraumatische stressstoornis en depressie kreeg.

### Reactie patiënte op de casusbeschrijving, discussie en conclusie

*‘Door als jongvolwassene terug te kijken op de afgelopen jaren, raken een aantal zaken mij.*

*Door mij volledig uit de thuissituatie te halen, viel alles weg: familie, vrienden, hobby’s, school; wat overbleef was mijn depressie die volledig de ruimte had om te groeien. Kijkend naar de suïcidaliteit had dit veel eerder besproken moeten worden. Uit angst werd het onderwerp suïcidaliteit nu grotendeels vermeden. Het had mij misschien geholpen als hulpverleners teruggaven wat ze bij mij zagen, ook al was dat pijnlijk en ingewikkeld. Door dit soort gesprekken met mij aan te gaan zou het thema suïcidaliteit een gezamenlijk onderwerp worden, waardoor de angst voor mezelf en mijn suïcidaal gedrag kon verminderen. Hierdoor zou ik me minder alleen en eenzaam gevoeld hebben.*

*Mijn dwangmatige suïcidaliteit is afgenomen door open en eerlijke gesprekken hierover te hebben met mijn huidige behandelaars. Angsten aan te gaan waardoor ik uiteindelijk zelf weer het vertrouwen kreeg, dat mijn gedachten mijn gedachten waren. En ik verantwoordelijk ben voor mijn eigen leven.’*

## LITERATUUR

- 1 Kerkhof AJFM, van Luijn B. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- 2 Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, e.a. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
- 3 Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 1425.
- 4 Storus J, Tempelaar WM, Van den Bergh VW, e.a. Suïcidaliteit. In: Luykx JJ, Tijdink JK, Vinkers CH, red. *Acute psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2022. p. 61-73.
- 5 Doreleijers T, Boer F, Huisman J, e.a. *Leerboek psychiatrie, kinderen en adolescenten*. Utrecht: de Tijdstroom; 2009.
- 6 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Behandeling van jongeren suïcidaal gedrag*. In: *Richtlijn suïcidaal gedrag*. Federatie Medisch Specialisten 2012. [https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/suïcidaal\\_gedrag/behandeling\\_van\\_specifieke\\_groepen\\_suicide/behandeling\\_van\\_jongeren\\_suïcidaal\\_gedrag.html?msclid=4798d7b5aaa211eca5c0dc958611562b](https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/suïcidaal_gedrag/behandeling_van_specifieke_groepen_suicide/behandeling_van_jongeren_suïcidaal_gedrag.html?msclid=4798d7b5aaa211eca5c0dc958611562b)
- 7 Bentum JS, Sijbrandij M, Huibers MJ, e.a. Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 1-14.
- 8 Bentum JS, Sijbrandij M, Kerkhof AJ, e.a. EMDT als behandeling van suïcidale intrusies bij depressieve patiënten. *Tijdschrift voor Gedragstherapie* 2021; 52: 333-52.
- 9 Nussbaum AM. *Werken met de DSM-5. Praktijkgids*. Amsterdam: Boom; 2014.
- 10 De Winter RF, Meijer C, Enterman JH, e.a. Clinical model of the differentiation of suicidality: protocol for a usability study of the proposed model. *JMIR RES Protoc* 2023; 12: e45438.
- 11 De Winter RFP, Meijer C, Kool N, e.a. Differentiation of suicidal behavior in clinical practice. In: Pompili M, red. *Suicide risk assessment and prevention*. Cham: Springer; 2021. p. 1-19.
- 12 Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- 13 Al-Zaben FN. Suïcidal obsessions in a patient with obsessive compulsive disorder: case report. *J King Abdulaziz Univ Med sci* 2012; 4: 121-7.
- 14 Rachamalla V, Song MM, Liu H, e.a. Obsessive-compulsive disorder with suicide obsessions in a first responder without previous diagnosis of OCD or history of suicide attempts. *Case Rep Psychiatry* 2017: 4808275.
- 15 Hendriks L. *Factsheet exposure*. Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën; 2022. <https://kennisnet.vgct.nl/exposure-leuker-kunnen-we-het-niet-maken/>
- 16 Bosmans G, Stantens T, Vandevivere E, e.a. Attachment based family therapy. In: Braet C, Bogels S, red. *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Amsterdam: Boom; 2020. p. 339-72.
- 17 Bom H, Wiebenga E. Met een passende attitude wordt een interventie pas waardevol. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2020; 46: 276-93.