

Suïcidaal gedrag onder jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en klinisch depressieve jongeren, het veranderen van dit gedrag middels CGT en de mediërende rol van rumineren

Final version of thesis

Master's thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Susan Boon, S.E. (6931138)

Supervising lecturer: Denise Bodden

Second assessor: Marieke van den Heuvel

Datum: 04-06-2021

Abstract

Introduction: Globally, suicide is the leading cause of death among adolescents. Both depression and rumination are related to suicidal thoughts. Cognitive behavioral therapy (CBT) has shown to be effective in reducing depressive symptoms and indirectly in reducing suicidal symptoms. **Method:** This research used data from previous cross-sectional studies investigating depressive symptoms in clinically depressed and non-depressed youth. Combining the data resulted in a general sample of 685 adolescents from the general Dutch population and a clinically depressed sample of 63 adolescents who were referred for treatment for their depressive disorder. Of the clinically depressed sample, 35 adolescents filled out questionnaires before and after receiving CBT. Questionnaires measuring depressive symptoms (CDI-2), rumination (CERQ) and suicidal thoughts and behavior (SRT) were used. ANOVA's, paired sample t-tests and a mediation-analysis in PROCESS were performed. **Results:** Adolescents in the clinical depressed sample reported significantly more depressive symptoms, suicidal thoughts and suicidal plans compared to adolescents from the general population. In addition, in the clinically depressed sample, a significant decline of depressive symptoms as well as suicidal thoughts after CBT was found. Rumination did not mediate the relation between depressive symptoms or suicidal behaviour before CBT and after CBT. **Conclusion and Discussion:** Adolescents in the clinical sample as well adolescents from the general Dutch population have suicidal thoughts. Therefore it is important to start with suicide prevention at an early stage and provide appropriate treatment, with the purpose to prevent suicidal behavior and reduce suicidal thoughts.

Keywords: depressive symptoms, ruminaton, suicidal behavior, suicidal thoughts, suicidal plans, CBT

Samenvatting

Introductie: Suïcide is wereldwijd de meest voorkomende doodsoorzaak onder jongeren. Zowel depressie als rumineren zijn gerelateerd aan suïcidale gedachten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) blijkt effectief in het verminderen van depressieve symptomen en indirect in het verminderen van suïcidale symptomen. **Methode:** Het huidige onderzoek gebruikt data uit eerder cross-sectioneel onderzoek naar depressieve symptomen bij klinisch depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Het combineren van de data resulteert in een algemene groep van 685 jongeren en een klinisch depressieve groep van 63 jongeren die werden doorverwezen voor behandeling voor hun depressieve stoornis. Van de klinisch depressieve groep, hebben 35 jongeren vragenlijsten ingevuld voorafgaand en na de CGT behandeling. De vragenlijsten meten depressieve symptomen (CDI-2), rumineren (CERQ) en suïcidale gedachten en gedragingen (SRT). De onderzoeksvragen zijn getoetst met ANOVA's, gepaarde t-tests en mediatieanalyses in PROCESS. **Resultaten:** Jongeren uit de klinisch depressieve groep rapporteerden significant meer depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen in vergelijking met jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Daarnaast werd in de klinische depressieve groep een significante afname van zowel depressieve symptomen als suïcidale gedachten na CGT gevonden. Rumineren blijkt geen mediator in de relatie tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten voor CGT en na CGT. **Conclusie en discussie:** Zowel jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking als depressieve jongeren hebben suïcidale gedachten. Vandaar dat het belangrijk is om vroegtijdig suïcidepreventie in te zetten en passende behandeling te bieden, gericht op het voorkomen van suïcidaal gedrag en het verminderen van suïcidale gedachten.

Trefwoorden: depressieve symptomen, rumineren, suïcidaal gedrag, suïcidale gedachten, suïcide plannen, CGT.

Suïcidaal gedrag onder jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en klinisch depressieve jongeren, het veranderen van dit gedrag middels CGT en de mediërende rol van rumineren

Suïcidaal gedrag onder jongeren is wereldwijd een belangrijke oorzaak voor letsel en overlijden en het gedrag vraagt om diverse redenen extra aandacht en bezorgdheid (Nock et al., 2008). Allereerst is er tussen de vroege adolescentie en jongvolwassenheid een sterke stijging in het overlijden door suïcide (World Health Organization, 2017). Suïcide is wereldwijd de meest voorkomende doodsoorzaak onder jongeren en omvat 8,5% van alle sterfgevallen onder jongeren, dit is hoger dan andere leeftijdsgroepen (Nock et al., 2008; WHO, 2017; Center for Disease Control and Prevention, 2017). Ook hebben veel mensen in hun jeugd voor het eerst suïcide overwogen of een suïcide poging ondernomen (Kessler et al., 1999). Deze redenen maken de adolescentiefase een belangrijke periode om suïcidepreventie in te zetten met als doel vroegtijdig overlijden tegen te gaan en te voorkomen dat potentiële levensjaren verloren gaan (Cha et al., 2018). Het huidige onderzoek richt zich op suïcidaal gedrag (gedachten en plannen) bij depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Daarnaast wordt gekeken naar de veranderbaarheid van suïcidaal gedrag middels Cognitieve gedragstherapie (CGT) bij depressieve jongeren. Tot slot wordt een mediatieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of rumineren een mogelijke mediator in de relatie tussen de mate van depressieve symptomen en suïcidale gedachten voor en na CGT.

Suïcidaal gedrag is in vier categorieën te verdelen. *Suïcidale gedachten* zijn alle mentale processen over het uitvoeren van handelingen om zichzelf te doden of te beschadigen (Meerdinkveldboom et al., 2016). Een *suïcideplan* is een uitgedachte methode om het leven te beëindigen (Nock et al., 2008). Een *suïcidepoging* is een handeling, met een niet-fatale afloop, met als doel om opzettelijk het leven te beëindigen (Nock et al., 2008; Silverman et al., 2007). Al deze vormen zijn niet fataal, dat wil zeggen dat het niet dodelijk afloopt (Meerdinkveldboom et al., 2016). Wanneer iemand zichzelf uit eigen initiatief letsel aanbrengt, wat leidt tot een fatale afloop, wordt gesproken van een geslaagde *suïcide* (Kerkhof, 2010).

Suïcidale gedachten worden gezien als de eerste fase voor de daadwerkelijke suïcide of suïcidepoging (Nock et al., 2008). Suïcidale gedachten kunnen variëren van vage gedachten of fantasieën ('ik wou dat ik niet meer wakker werd) tot doodswensen ('ik kan er maar beter een einde aan maken, ik ben iedereen alleen maar tot last'). In sommige gevallen kunnen gedachten, wensen en fantasieën leiden tot een suïcideplan. Deze plannen zijn heel concreet (Van Heeringen et al., 2019). Plannen kunnen resulteren in een suïcidepoging. In andere gevallen blijft een suïcidepoging uit (Van Heeringen, 2001).

Uit onderzoek van 113 zelfmoordpreventie (2020) blijkt dat 1 op de 10 jongeren wel eens suïcidale gedachten heeft. De Rotterdamse jeugdmonitor onder derdeklassers in het voortgezet onderwijs laat zien dat 17% van de jongeren suïcidale gedachten heeft en 4% ooit een suïcide poging heeft ondernomen (Gemeentelijke gezondheidsdienst Rotterdam-Rijnmond, 2009). Het aantal suïcides in Nederland onder kinderen en jongeren tot 20 jaar is gestegen van 46 in 2018 naar 62 in 2019 (Centraal bureau voor de Statistiek, 2020).

Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk verschillen. Het kan impulsief optreden, maar het kan ook gaan om de wens om te sterven, te ontsnappen uit de situatie of de overtuiging niet meer te willen of kunnen leven (Van Hemert et al., 2012). Risicofactoren voor suïcidaal gedrag zijn psychische problemen, psychologische factoren (negatief zelfbeeld, hopeloosheid en impulsiviteit), sociale factoren (weinig steun en eenzaamheid), ingrijpende levensgebeurtenissen, middelenmisbruik en eerder suïcidaal gedrag (Goldney, 2008; Nock et al., 2008; Williams et al., 2005; Foley et al., 2006).

De aanwezigheid van één of meer psychiatrische problemen is een belangrijke risicofactor voor suïcidale gedrag (Nock & Kessler, 2006). Uit een Nederlands psychologisch autopsieonderzoek na zelfdoding blijkt dat bij 17 van de 35 jongeren sprake was van één of meerdere psychiatrische diagnose(n) (Van Bergen & Popma, 2019). Hieruit blijkt dat ook jongeren zonder psychiatrische diagnose suïcidale gedachten en gedragingen hebben. Aangezien zij niet in beeld zijn van de hulpverlening wordt suïcidaal gedrag niet geregistreerd, waardoor er mogelijk minder zicht is op deze groep jongeren (Ten Have et al., 2007).

De meest voorkomende psychische stoornis bij suïcidaal gedrag is depressie (Brendel et al., 2010; Hawton et al., 2013). Dit is niet geheel verwonderlijk gezien het feit dat suïcidale gedachten, plannen en pogingen volgens de DSM-V criteria symptomen zijn van een depressie (American Psychiatric Association, 2013). In Nederland ervaart circa 17-22% van de jongeren depressieve symptomen, waarvan bij 8,8% een depressieve stoornis is gediagnosticeerd (Van den Zanden et al., 2012; Ormel et al., 2015). Jongeren ondervinden sociale, emotionele en biologische veranderingen (Nock et al., 2008). Deze veranderingen veroorzaken een zekere mate van hulpeloosheid, onzekerheid, stress en het gevoel de controle te verliezen en kunnen zorgen voor depressieve symptomen en suïcidale gedachten (Patton et al., 2016; Martin et al., 2015). In de adolescentie periode wordt dan ook een drastische stijging van suïcidale gedachten, suïcide plannen en pogingen gezien (Kessler et al., 1999). Onder depressieve jongeren heeft 60% wel eens suïcidale gedachten en 30% een suïcide poging gedaan (Birmaher et al., 2007).

Rumineren, het herhaaldelijk denken aan de gevoelens en gedachten die samenhangen met een negatieve gebeurtenis, nemen in het begin van de adolescentie toe (Miranda & Nolen-Hoeksema 2007). Rumineren kan suïcidale gedachten op de lange termijn (2.5 jaar) voorspellen en de kwetsbaarheid voor suïcide pogingen doen toenemen (Miranda & Nolen-Hoeksema 2007; O'Connor & Noyce 2008; Rood et al., 2009; Grassia & Gibb, 2009). Uit een meta-analyse blijkt een sterk positief verband is tussen rumineren en suïcidale gedachten ($g = .74$) en een matig positief verband voor suïcide pogingen ($g = .26$) (Rogers et al., 2017).

Rumineren wordt geassocieerd met een toename van depressieve symptomen (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Abela & Hankin, 2011). Het is aangetoond dat rumineren de ernst van depressieve reacties verhoogt en bijdraagt aan een slechtere probleemoplossing, factoren die ook verband houden met een verhoogd suïciderisico (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Dit komt overeen met de Attention-Mediated Hopelessness Theory van depressie, die suggereert dat rumineren het ondernemen van actie en het probleemoplossend vermogen kan belemmeren. Dit leidt tot onvermogen tot zelfregulering, wat zorgt voor gevoelens van hopeloosheid (negatieve opvattingen of verwachtingen over de toekomst) (Alloy & Abramson, 2007). Deze gevoelens van hopeloosheid verhogen het risico op suïcidaal gedrag (Miranda et al., 2012; O'Connor et al., 2013).

Het is belangrijk om zicht te krijgen op suïcidaal gedrag onder jongeren omdat alleen dan signalen van het suïcidale proces (h)erkent en vroegtijdig gestopt kunnen worden. Suïcidepreventie kan ingezet worden om suïcidaal gedrag te voorkomen en kan universeel (gericht op de algemene bevolking), selectief (gericht op groepen met een verhoogd risico op suïcide) en geïndiceerd (gericht op individuen die suïcidaal gedrag vertonen) zijn (Robinson et al., 2018). De preventie begint bij de monitoring en signalering van psychosociale problematiek, aangezien hier signalen beginnen die uiteindelijk kunnen leiden tot suïcidaal gedrag (Bramer et al., 2010). Het terugdringen van suïcidaal gedrag kan middels medicamenteuze, biologische, psychosociale en psychotherapeutische interventies (Van Hemert et al., 2012).

Het risico dat iemand met een psychische problemen suïcide pleegt is vele malen groter dan iemand uit de algemene bevolking (Chesney et al., 2014). Vandaar dat effectieve preventie en behandeling van psychische problemen, zoals depressie, een centraal onderdeel dienen te zijn van suïcidepreventie (Mewton & Andrews, 2016; Mann et al., 2005). In de behandeling van depressieve suïcidale jongeren wordt aanbevolen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen toe te passen en naast depressie ook suïcidaal gedrag als focus van de behandeling te nemen (Van Hemert et al., 2012). Eén van de meest uitgebreid onderzochte

psychotherapeutische interventies is CGT (Comtois & Linehan, 2006). Een evidence based therapie voor zowel de preventie als behandeling van depressie onder jongeren (Weisz et al., 2006). CGT richt zich op het opsporen en corrigeren van disfunctionele cognities die leiden tot psychische problemen en afwijkend gedrag (Beck, 2019). Deze disfunctionele cognities leiden tot negatieve zelfovertuigingen die verband houden met suïcidale gedachten en het suïciderisico vergroten (Ellis, 2006; Cox et al., 2004). CGT blijkt effectief in het verminderen van suïcidale gedachten bij depressieve jongeren (Spirito et al., 2011). Echter blijkt er niet genoeg bewijs dat CGT suïcide plannen bij jongeren vermindert (Tarrier et al., 2008; Pompili, 2010). Desondanks is CGT effectief in het verminderen van depressieve symptomen en zorgt het indirect voor een afname van suïcidale symptomen (wanhoop, hopeloosheid, hulpeloosheid, uitzichtloosheid) (Butler et al., 2006; Tarrier et al., 2008; Van Hemert et al., 2012).

Huidig onderzoek

Hoewel depressieve symptomen en suïcidaal gedrag vaak voorkomen in de adolescentieperiode, zijn er weinig studies die zich specifiek richten op jongeren en daarbij onderscheid maken tussen een niet-klinische en klinisch depressieve groep. Bovendien is in Nederland niet eerder onderzoek verricht naar de veranderbaarheid van suïcidaal gedrag bij depressieve jongeren middels CGT. Dit maakt dat het huidige onderzoek maatschappelijk relevant is en een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de hulpverlening. De onderzoeksvraag is: *‘Hebben depressieve jongeren meer suïcidale gedachten en suïcide plannen dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en is dit veranderbaar middels Cognitieve gedragstherapie?’* Hierbij behoren de deelvragen: *‘Hebben depressieve jongeren meer suïcidale gedachten en suïcide plannen dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking?’* en *‘Zijn de suïcidale gedachten en suïcide plannen van depressieve jongeren veranderbaar middels Cognitieve gedragstherapie?’*

Ten eerste wordt verwacht dat klinisch depressieve jongeren een hogere mate van depressieve symptomen hebben dan jongeren uit de Algemene Nederlandse bevolking. Daarnaast wordt verwacht dat klinisch depressieve jongeren meer suïcidale gedachten en suïcide plannen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. De verwachting is dat klinisch depressieve jongeren een hogere mate van rumineren vertonen, waardoor de kwetsbaarheid voor suïcidale gedachten kan toenemen. Ook wordt er zowel bij klinisch depressieve jongeren als jongeren uit de Algemene Nederlandse een samenhang verwacht tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten, depressieve symptomen en suïcide plannen, depressieve symptomen en rumineren en suïcidale gedachten en rumineren. Verder is een verwachting dat CGT bij depressieve jongeren leidt tot het verminderen van depressieve

symptomen en indirect tot de reductie van suïcidaal gedrag. Tot slot wordt een mediatieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of rumineren een mediator is in de relatie tussen de mate van depressieve symptomen en suïcidale gedachten voor en na CGT.

Methodede

Procedure

Algemene populatie. In dit onderzoek worden data gebruikt vanuit het cross-sectionele onderzoek van Van den Heuvel et al. (2020). De data zijn tussen 2011 en 2014 verzameld. Master studenten van de universiteit van Utrecht hadden op hun voormalig school of sportclub de niet-klinische jongeren benaderd. Na schriftelijke toestemming van zowel de jongere als zijn/haar ouders werden de zelfrapportage-vragenlijsten thuis of op school afgenomen.

Klinische populatie. In dit onderzoek worden data gebruikt vanuit het gerandomiseerd gecontroleerd klinische onderzoek van Stikkelbroek et al. (2020). De data zijn tussen 2011 en 2014 verzameld. Deze groep jongeren zijn geworven vanuit veertien gespecialiseerde GGZ-instellingen door Nederland. Het onderzoeksdesign is goedgekeurd door de onafhankelijke medische ethische toetsingscommissie van het Utrechts Medisch Centrum. Een psycholoog binnen de instelling beoordeelde de inclusiecriteria en informeerde de jongeren en hun ouders over de studie. Schriftelijke toestemming van zowel de jongere als zijn/haar ouders werd verkregen en de zelfrapportagelijsten werden thuis of op de instelling ingevuld. Daarna is door een onafhankelijke onderzoeksassistent middels het semigestructureerde interview (KSADS) gekeken of de jongere voldeed aan de diagnose depressieve stoornis.

Participanten

Algemene populatie. De algemene of niet-klinische groep bestond uit 685 jongeren, 456 jongens (66.6%) en 229 meisjes (33.4%), met een gemiddelde leeftijd van 16.6 ($SD = 3.0$). De verdeling van nationaliteiten was als volgt: 616 Nederlands (89.9%), drie Indonesisch (0.4%), zeventien Turks (2.5%), één Moluks (0.1%), één Antiliaans (0.1%), vijf Surinaams (0.7%), dertien Marokkaans (1.9%), 27 anders (3.9%) en twee missende (0.3%). Er zaten 31 (4.5%) jongeren op de basisschool en vijf (0.7%) jongeren op het voortgezet speciaal onderwijs. De verdeling van de verschillende opleidingsniveaus in het middelbaar onderwijs was als volgt: 89 (13.0%) jongeren zaten op het VMBO, 96 (14.0%) jongeren volgden HAVO en 131 (19.1%) volgden VWO of Gymnasium. Daarnaast zaten 100 (14.6%) jongeren op het Middelbaar beroepsonderwijs (MBO), 87 (12.7%) op het Hoger beroepsonderwijs (HBO) en 90 (13.1%) jongeren op de Universiteit (WO). Er waren tien (1.5%) jongeren die anders invulden en 46 (6.7%) jongeren hadden hun opleidingsniveau niet ingevuld. De inclusiecriteria waren als volgt: leeftijd tussen de 12 en 21 jaar, minstens één stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt

en dat de jongeren en/of zijn familie geen psychosociale behandeling of sociale begeleiding hebben ontvangen (Van den Heuvel et al., 2020).

Klinische populatie. De klinisch depressieve groep bestond uit 63 jongeren, 14 jongens (22.2%) en 49 meisjes (77.8%), met een gemiddelde leeftijd van 17.0 ($SD = 2.0$). Deze groep jongeren hadden CGT gevolgd. De verdeling van nationaliteiten was als volgt: 60 Nederlands (95.2%), één Angolees (1.6%), één Chinees (1.6%) en één Iraans (1.6%). Er zat één (1.6%) jongere op het voortgezet speciaal onderwijs. De verdeling van de verschillende opleidingsniveaus in het middelbaar onderwijs was als volgt: veertien (22.2%) jongeren zaten op het VMBO, dertien (20.6%) jongeren volgden HAVO en dertien (20.6%) volgden VWO of Gymnasium. Daarnaast zaten negen (14.3%) jongeren op het MBO, drie (4.8%) jongeren op het HBO en drie (4.8%) jongeren op de Universiteit (WO). Het opleidingsniveau was door zeven (11.1%) jongeren niet ingevuld. De inclusiecriteria waren als volgt: depressieve of dysthyme stoornis als primaire diagnose, leeftijd tussen de 12 en 21 jaar en verwezen naar een van de deelnemende instellingen. De exclusiecriteria waren als volgt: acuut suïciderisico, middelenmisbruik, autismspectrumstoornis of bipolaire stoornis die een andere behandelaanpak vereisen, dagopvang of opname in klinische setting en niet vloeiend Nederlands, Turks, Arabisch of Berbers kunnen spreken.

Totaal participanten. Door missende waarden zijn er jongeren geëxcludeerd op basis van een niet ingevulde CDI voormeting (51), SRT voormeting (49), CERQ voormeting (41), CDI nameting (30), SRT nameting (28) en CERQ nameting (42). In het huidige onderzoek hadden in totaal 748 jongeren de volledige voormeting (CDI, SRT en CERQ) ingevuld en hadden 35 jongeren de volledige nameting (na CGT) ingevuld.

Interventie

CGT. De interventie bestaat uit de cursus D(o)epressie (Stikkelbroek et al., 2005), een geprotocolleerd individueel CGT programma gebaseerd op de Coping With Depression course (CWA)-Adolescents (Clarke et al., 1990). De CGT behandeling is per sessie beschreven in een handleiding voor de therapeut en heeft als doel: het reduceren van depressieve symptomen. Daarnaast hebben de jongeren een werkboek met psycho-educatie, oefeningen en werkbladen. De interventie voor jongeren bestaat uit 15 wekelijkse sessies van 45 minuten en omvat sociale vaardigheden, ontspanningstechnieken, cognitieve herstructurering, activatie, probleemoplossings-vaardigheden en terugvalpreventie. Na sessie drie en negen ontvangen ook ouders, psycho-educatie en informatie over CGT. Naast dat CGT face-to-face gevolgd kan worden, is er ook een blended variant. In de blended-variant vindt een deel van de sessies face-to-face met de behandelaar plaats en worden de andere modules door de jongere online gevolgd.

In het huidige onderzoek bestaat de voor en nameting uit een groep klinisch depressieve jongeren die face-to-face behandeling of de blended variant van CGT hebben gevolgd.

Meetinstrumenten

Depressieve symptomen. Aan de hand van de Children's Depression Inventory (CDI-2; Bodden et al., 2016; Kovacs, 2011) is de mate van depressieve symptomen onderzocht. De CDI-2 meet cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen van depressie. De CDI-2 bestaat uit 28 items, die elk drie opties hebben. De jongere kiest één antwoord die het best aansluit bij de ervaringen van afgelopen twee weken. De antwoord-mogelijkheden zijn te interpreteren als: lichte (score 0, bijv. *'Ik heb wel eens zin om te huilen'*), milde (score 1, bijv. *'Ik heb vele dagen zin om te huilen'*) en ernstige (score 2, bijv. *'Ik heb elke dag zin om te huilen'*) depressieve klachten. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer depressieve symptomen de jongere rapporteert. De totale scores kunnen variëren van 0 tot 56 en een score van 14 of hoger wordt als klinisch relevant beschouwd. Bij de voor- en nameting van de CDI zijn 14 items omgepoold, gezien bij deze items een hogere score niet gelijk stond aan meer depressiesymptomen. Uit studies blijkt de interne betrouwbaarheid van de totaalscore goed ($\alpha = .82$) (Bodden et al., 2016). In het huidige onderzoek is de interne betrouwbaarheid van de totaalscore in de algemene populatie ($\alpha = .90$) en in de klinische populatie ($\alpha = .83$) goed.

Rumineren. Aan de hand van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001) is de mate van rumineren onderzocht. De CERQ is een zelfrapportagevragenlijst voor kinderen boven de 12 jaar en bestaat uit 36 items. De CERQ meet negen verschillende coping strategieën. Het huidige onderzoek richt zich op de schaal Rumineren. De jongeren beoordelen 4 items een 5 punt Likert schaal van 1 (bijna nooit) tot 5 (bijna altijd). Een voorbeeld item is: *'Ik denk vaak aan hoe ik me voel over wat ik heb meegemaakt.'* Een hoge score verwijst naar het vaak gebruik maken van rumineren als cognitieve emotieregulatie strategie. Een lage score verwijst naar het minder vaak gebruik maken van deze strategie. De interne consistentie van deze schaal is goed bij jongeren tussen de 13 en 15 jaar ($\alpha = .83$) en jongeren tussen de 16 en 18 jaar ($\alpha = .79$) (Garnefski et al., 2001). In het huidige onderzoek is de interne betrouwbaarheid bij de algemene populatie ($\alpha = .79$) en klinische populatie ($\alpha = .74$) goed.

Suïcide criteria. Aan de hand van de Suïcide Risico Taxatielijst (SRT; Stikkelbroek et al., 2013) zijn suïcidale gedachten en gedragingen onderzocht. De SRT is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit zes items, waaronder *'ik dacht aan de dood'* of *'ik dacht na over hoe ik mezelf zou kunnen doden'*. De items gaan over de frequentie van suïcidale gedachten en plannen en de neiging om afgelopen twee weken het suïcide plan uit te voeren. De jongeren

beoordelen de items op een 3-punts schaal (0 = ik heb deze gedachte niet gehad, 1 = hooguit één keer per week gehad, 2 = bijna iedere dag gehad). De betrouwbaarheid van de SRT is niet eerder onderzocht. In het huidige onderzoek is de interne betrouwbaarheid bij de algemene populatie ($\alpha = .87$) en klinische populatie ($\alpha = .90$) goed.

Analyseplan

Om te onderzoeken of depressieve jongeren meer depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking werd een Eenweg variantieanalyse (ANOVA) uitgevoerd. Middels een ANOVA werd gemeten of de gemiddelden van de afhankelijke variabelen significant verschillen tussen groepen. Ook werd middels een ANOVA gekeken of de mate van rumineren tussen de algemene groep en de klinisch depressieve groep significant verschilt. Daarnaast werd met een gepaarde t-toets gekeken naar de effecten van CGT op het veranderen van depressieve symptomen en suïcidaal gedrag (gedachten en plannen) bij depressieve jongeren. De effectsize zal het verschil tussen de groepen kwantificeren en is te interpreteren als klein ($d = 0.20$), middelmatig ($d = 0.50$), en groot ($d = 0.80$). Tot slot werd middels de stapsgewijze multipele regressie methode van Baron & Kenny (1986) gekeken of rumineren invloed heeft op de relatie tussen de voor- en nameting van depressieve symptomen en suïcidale gedachten. Alle hypothesen werden getoetst met een significantieniveau van $p < .05$. De assumpties dienden voorafgaand aan de analyse te worden gecontroleerd. Elke afhankelijke variabele dient in iedere groep normaal verdeeld te zijn. Er moet sprake zijn van onafhankelijkheid van waarnemingen, geen uitschieters, homogene regressie en een covariaat van minimaal interval meetniveau (Field, 2017).

Assumpties

Voorafgaand aan de analyses werden de assumpties getoetst. De Shapiro-Wilk, Skewness, Kurtosis en Levene's test zijn gebruikt om de assumpties van normale verdeling en homogeniteit van variantie te evalueren. Uit de Shapiro-Wilk test en de Skewness en Kurtosis bleek dat bij de algemene groep, de schalen suïcidale gedachten (skewness = 2.19, SE = 0.09, kurtosis = 5.10, SE = 0.19), suïcide plannen (skewness = 4.01, SE = 0.09, kurtosis = 17.84, SE = 0.19), depressieve symptomen (skewness = 1.76, SE = 0.09, kurtosis = 3.74, SE = 0.19) en rumineren (skewness = 0.37, SE = 0.09, kurtosis = -0.44, SE = 0.19) en bij de klinisch depressieve groep suïcidale gedachten (skewness = 0.12, SE = 0.30, kurtosis = -1.03, SE = 0.56) en suïcide plannen (skewness = 1.53, SE = 0.30, kurtosis = 1.37, SE = 0.60) rechtsscheef verdeeld waren. De vragenlijsten zijn ook afgenomen in de algemene (niet-klinische) groep, waardoor verwacht werd dat de scores in de algemene groep lager zijn wat ervoor zorgt dat de schalen rechtsscheef verdeeld zijn. Echter zijn de F-toets en de t-toets redelijk robuust tegen de

normaliteitsaannname. In de klinisch depressieve groep was er bij de schalen depressieve symptomen (skewness = -0.03, SE = 0.30, kurtosis = 0.30, SE = 0.60) en rumineren (skewness = -0.03, SE = 0.30, kurtosis = -0.76, SE = 0.60) wel voldaan aan de normaliteitsaannname.

De Levene's test bleek significant te zijn voor de totale suïcidale gedachten en plannen $F(1, 746) = 68.91, p < .001$, suïcidale gedachten $F(1, 746) = 61.64, p < .001$ en suïcide plannen $F(1, 746) = 91.60, p < .001$, wat betekent dat de assumptie van homogeniteit geschonden is. Hoe groter de schending, hoe groter de kans op een incorrecte statistische conclusie. Gezien deze schending en de ongelijke groepsgroottes, zal de F-statistiek vertekend zijn. Uit de Levene's test bleek de mate van depressieve symptomen $F(1, 746) = 2.00, p = .158$ en van rumineren niet significant $F(1, 746) = .03, p = .854$, daarom is de assumptie van homogeniteit bij deze ANOVA niet geschonden.

Resultaten

Vershil in depressieve symptomen

Er was een eenweg variantieanalyses (ANOVA) uitgevoerd om te onderzoeken of depressieve jongeren meer depressieve symptomen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Daaruit bleek dat er significante verschillen waren in de gemiddelde depressieve symptomen tussen de jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en de klinisch depressieve jongeren $F(1, 746) = 331.37, p < .001, \eta^2 = .31$. Klinisch depressieve jongeren hebben een hogere mate van depressieve symptomen ($M = 26.05$) dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($M = 8.14$). Het niveau van depressieve symptomen gerapporteerd door de klinisch depressieve groep op de CDI-2 voorafgaand aan de CGT behandeling was, gezien de afkap score van 14, hoog boven het niveau van klinische significantie (Kovacs, 2011).

Vershil in suïcidale gedachten en suïcide plannen

Er waren twee eenweg variantieanalyses (ANOVA) uitgevoerd om te onderzoeken of depressieve jongeren meer suïcidale gedachten en suïcide plannen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Daaruit bleek dat er significante verschillen waren in de gemiddelde suïcidale gedachten tussen de jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en de klinisch depressieve jongeren $F(1, 746) = 174.58, p < .001, \eta^2 = .19$. Klinisch depressieve jongeren hebben vaker suïcidale gedachten ($M = 2.68$) dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($M = 0.61$). In de algemene groep hebben 469 jongeren (68.5%) geen suïcidale gedachten. In de klinisch depressieve groep hebben slechts 11 jongeren (17.5%) geen suïcidale gedachten.

Daarnaast zijn er significante verschillen gevonden in de mate van suïcide plannen tussen jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en de klinisch depressieve jongeren $F(1, 746) = 73.57, p < .001, \eta^2 = .09$. Klinisch depressieve jongeren hadden vaker suïcide plannen ($M = 1.25$) dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($M = 0.23$). Uit de algemene Nederlandse bevolking hadden 618 jongeren (90.2%) geen suïcide plannen. In de klinisch depressieve groep hadden 30 jongeren (47.6%) geen suïcide plannen. De gemiddelden laten zien dat de frequentie van suïcidale gedachten en suïcide plannen in de afgelopen twee weken bij jongeren in de algemene groep laag ligt, namelijk tussen niet gehad en hooguit één keer per week. De frequentie van suïcidale gedachten en suïcide plannen in de afgelopen twee weken bij jongeren in de klinisch depressieve groep ligt hoger, waarbij de gemiddelden dichterbij hooguit één keer per week zitten. In de klinisch depressieve groep is er meer spreiding en ligt de totaal score op suïcidale gedachten en plannen score circa vier keer hoger dan in de algemene groep, zie Tabel 1.

Verschil in rumineren

Het verschil in de mate van rumineren tussen de algemene groep en de klinisch depressieve groep was significant $F(1, 746) = 27.69, p < .001, \eta^2 = .04$. Jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($M = 10.03, SD = 3.66$) rumineerden minder dan de jongeren uit de klinisch depressieve groep ($M = 12.57, SD = 3.70$). De mate van rumineren varieerde in de algemene groep van soms tot regelmatig. In de klinische depressieve groep rumineerden de jongeren regelmatig.

Tabel 1

Ondersteunende Statistieken voor de Variabelen Depressieve symptomen, Rumineren, Suïcidale gedachten en Suïcide plannen in de algemene Nederlandse populatie (n=685) en de klinisch depressieve populatie (n =63)

Variabele	Algemeen		Klinisch		F(1, 746)	η^2
	M	SD	M	SD		
Depressieve symptomen	8.14	7.41	26.05	8.12	331.37***	.31
Rumineren	10.03	3.66	12.57	3.70	27.69***	.04
Suïcidale gedachten	0.61	1.11	2.68	1.90	174.58***	.19
Suïcide plannen	0.23	0.79	1.25	1.74	73.57***	.09

*** $p < .001$.

Samenhang depressieve symptomen en suïcidaal gedrag

Bij jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($r(685) = .63, p = <.001$) en bij klinisch depressieve jongeren ($r(63) = .40, p = .001$) was er een significante correlatie gevonden tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van suïcidale gedachten. Tevens was er een significante correlatie gevonden tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van suïcide plannen, voor zowel jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ($r(685) = .56, p = <.001$) als bij klinisch depressieve jongeren ($r(63) = .32, p = .010$). Het verband bij de algemene groep was middelmatig en positief en bij de klinische zwak en positief. Dit betekent hoe meer depressieve symptomen jongeren hebben, hoe meer suïcidale gedachten en suïcide plannen zij hebben.

Samenhang depressieve symptomen en rumineren

Bij jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking was er een significante correlatie gevonden tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van rumineren, $r(685) = .29, p = <.001$. Het verband is zwak en positief. Dit betekent hoe meer depressieve symptomen jongeren hebben, hoe meer zij rumineren. In de klinische depressieve groep was er geen sprake van een significante correlatie, $r(63) = .08, p = .523$. Er is bij depressieve jongeren dus geen samenhang tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van rumineren.

Samenhang suïcidale gedachten en rumineren

Bij jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking was er een significante correlatie gevonden tussen suïcidale gedachten en de mate van rumineren, $r(685) = .30, p = <.001$. Het verband is zwak en positief. Dit betekent hoe meer suïcidale gedachten jongeren hebben, hoe meer zij rumineren. In de klinische depressieve groep was er geen sprake van een significante correlatie, $r(63) = .18, p = .158$. Er is bij depressieve jongeren dus geen samenhang tussen de mate van suïcidale gedachten en de mate van rumineren.

Veranderbaarheid door CGT

Middels een gepaarde t-toets was onderzocht of depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen van depressieve jongeren veranderbaar zijn door het inzetten van Cognitieve gedragstherapie. Er was een significante afname gevonden wat betreft depressieve symptomen tussen de voor- en nameting, $t(34) = 4.34, p = <.001, d = 0.73$. Depressieve jongeren hadden gemiddeld minder depressieve symptomen na CGT ($M = 17.84, SD = 11.24$) dan voor het volgen van CGT ($M = 25.96, SD = 8.15$). Er was een significante afname van suïcidale gedachten gevonden tussen de voor- en nameting $t(34) = 2.57, p = .015, d = 0.43$, waarbij depressieve jongeren na CGT ($M = 1.69, SD = 2.03$) gemiddeld minder suïcidale gedachten

hadden dan voor CGT ($M = 2.73$, $SD = 1.88$). Daarnaast bleek de gemiddelde score op suïcide plannen na CGT ($M = 0.91$, $SD = 1.48$) niet significant lager dan voor het volgen van CGT ($M = 1.27$, $SD = 1.75$), $t(34) = 0.16$, $p = .872$, $d = 0.03$.

Tabel 2

Ondersteunende Statistieken voor de voor- en nameting van Depressieve symptomen, Suïcidale gedachten en Suïcide plannen in de klinisch depressieve populatie ($n = 35$).

Variabele	Voormeting		Nameting		T	p	Cohen's d
	M	SD	M	SD			
Depressieve symptomen	25.96	8.15	17.84	11.24	4.34	.000	0.73
Suïcidale gedachten	2.73	1.88	1.69	2.03	2.57	.015	0.43
Suïcide plannen	1.27	1.75	0.91	1.48	0.16	.872	0.03

De mediërende rol van Rumineren op Depressieve symptomen

De mediatieanalyse, uitgevoerd om te onderzoeken of rumineren een mediator kan zijn in de relatie tussen depressieve symptomen voor en na CGT, was uitgevoerd aan de hand van vier stappen volgens de Baron en Kenny methode (Baron & Kenny, 1986). In de mediatie analyses was gebruik gemaakt van de verschilscore van rumineren tussen de voor en nameting. In de eerste stap van het mediatiemodel was de samenhang van depressieve symptomen voor CGT op depressieve symptomen na CGT gemeten, zonder gebruik van de mediator. Depressieve symptomen voor CGT verklaart 17.2% van de variantie in depressieve symptomen na CGT, $R^2 = .17$, $F(1, 34) = 7.06$, $p = .012$. De samenhang was positief significant, $b = 0.59$, $t(34) = 2.81$, $p = .008$. Bij de tweede stap was de samenhang tussen depressieve symptomen voor CGT en de verschilscore van rumineren gemeten. Depressieve symptomen voor CGT verklaart 0.8% van de variantie in rumineren, $R^2 = .01$, $F(1, 33) = 0.27$, $p = .605$. De samenhang was niet significant, $b = 0.05$, $t(34) = .52$, $p = .605$. Hieruit kan gesteld worden dat er geen sprake is van mediatie. Depressieve symptomen voor CGT ($b = 0.59$, $t(34) = 2.81$, $p = .008$) en rumineren ($b = 0.81$, $t(34) = 2.33$, $p = .026$) waren significante voorspellers voor depressieve symptomen na CGT. De verklaarde variantie was significant, $R^2 = .31$, $F(2, 32) = 7.29$, $p = .003$.

De mediërende rol van Rumineren op Suïcidale gedachten

Tot slot is een mediatieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of rumineren een mediator kan zijn in de relatie tussen suïcidale gedachten voor en na CGT. In de eerste stap van het

mediatiemodel was de samenhang van suïcidale gedachten voor CGT en suïcidale gedachten na CGT gemeten, zonder gebruik van de mediator. Suïcidale gedachten voor CGT verklaart 20.6% van de variantie in suïcidale gedachten na CGT, $R^2 = .21$, $F(1, 34) = 8.80$, $p = .005$. De samenhang was positief significant, $b = 0.47$, $t(34) = 2.88$, $p = .007$. Bij de tweede stap was de samenhang tussen suïcidale gedachten voor CGT en de verschilscore van rumineren gemeten. Suïcidale gedachten voor CGT verklaart 0.1% van de variantie in rumineren, $R^2 = .00$, $F(1, 33) = .04$, $p = .835$. De samenhang is niet significant, $b = 0.10$, $t(34) = .21$, $p = .835$. Hieruit kan gesteld worden dat er geen sprake is van mediatie. Suïcidale gedachten voor CGT ($b = 0.47$, $t(34) = 2.88$, $p = .007$) en rumineren ($b = .14$, $t(34) = 2.27$, $p = .030$) waren significante voorspellers voor suïcidale gedachten na CGT. De verklaarde variantie van de regressie was significant, $R^2 = .30$, $F(2, 32) = 6.96$, $p = .003$.

Discussie en conclusie

Het doel van het huidige onderzoek is zicht krijgen op suïcidaal gedrag onder jongeren en de veranderbaarheid van dit gedrag middels Cognitieve gedragstherapie (CGT) bij klinisch depressieve jongeren. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat. Klinisch depressieve jongeren hebben meer depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen en vertonen een hogere mate van rumineren dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. De inzet van CGT zorgt bij klinisch depressieve jongeren voor een afname van depressieve symptomen en suïcidale gedachten. Uit de mediatieanalyses blijkt rumineren geen mediator in de relatie tussen depressieve symptomen voor en na CGT en suïcidale gedachten voor en na CGT.

Allereerst is onderzocht of er verschillen zijn in depressieve symptomen bij klinisch depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. In overeenstemming met onze hypothese werd gevonden dat depressieve jongeren meer depressieve symptomen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Dit werd geheel verwacht gezien de jongeren uit de klinisch depressieve groep voldoen aan de DSM-5 criteria voor een depressieve stoornis. Ook jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking ervaren depressieve symptomen. In Nederland ervaart circa 17-22% van de jongeren depressieve symptomen, waarvan bij 8,8% een depressieve stoornis is gediagnosticeerd (Van den Zanden et al., 2012; Ormel et al., 2015).

Ten tweede is onderzocht of er verschillen zijn in suïcidale gedachten en suïcide plannen bij depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. In overeenstemming met onze hypothese werd gevonden dat depressieve jongeren vaker suïcidale

gedachten en suïcide plannen hebben dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Een verklaring hiervoor wordt gevonden in de theorie van Beck en Wenzel en Beck.

De theorie van Beck (1967) stelt dat depressie een gevolg kan zijn van een verstoorde informatieverwerking waarbij processen in aandacht, geheugen en interpretatie een rol spelen. In deze theorie gaat het over schema's, dit zijn cognitieve structuren die richting geven aan interpretatie van informatie en het sturen van gedrag. Bij een depressie richt de inhoud van deze schema's zich op negatieve cognities, zoals eigen waardeloosheid en schuld, de onrechtvaardigheid en liefdeloosheid van de wereld en hopeloosheid over de toekomst (Clark et al., 1999). Volgens de theorie van Wenzel en Beck (2008) hebben individuen die meer geneigd zijn negatieve cognities en maladaptieve informatieprocessen te gebruiken een groter risico is op het ontwikkelen van suïcidale gedachten. Tevens zijn suïcidale gedachten en gedrag één van de symptomen van een depressieve stoornis, waardoor dit regelmatig voorkomt bij jongeren met een depressie (APA, 2013; Nock, 2008).

Echter komt suïcidaal gedrag ook voor onder jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Uit het huidige onderzoek blijkt dat 216 (31.5%) jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking in de afgelopen twee weken suïcidale gedachten heeft gehad en 67 jongeren (9.8%) suïcide plannen. Deze jongeren hebben suïcidale gedachten en plannen terwijl zij niet in zorg zijn. Het is belangrijk dat de omgeving signalen herkent, het onderwerp bespreekbaar is en jongeren de weg naar de hulpverlening vinden, waar goede opvang en behandeling van cruciaal belang zijn.

Vervolgens is onderzocht of de mate van rumineren verschilt tussen depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Ook hier vonden we in overeenstemming met onze hypothese dat jongeren met een depressieve stoornis een hogere mate van rumineren vertonen. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waaruit blijkt dat een hogere mate van rumineren bij jongeren geassocieerd wordt met meer depressieve symptomen (Rood et al., 2009; Rood & Roelofs, 2009; Nolen-Hoeksema et al., 2007). Een verklaring hiervoor wordt gevonden in de Response Styles Theory van Nolen-Hoeksema (1991) die stelt dat rumineren, het herhaaldelijk negatief denken over depressieve gevoelens en de oorzaken en gevolgen er van, de depressieve stemming verergert, negatief denken stimuleert, het probleemoplossend vermogen belemmert en sociale steun doet afnemen (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

De nadelige effecten van rumineren worden gedeeltelijk bepaald door de verwerkingsstijl tijdens het herhaaldelijk denken (Watkins et al., 2008). "Brooding", een maladaptieve vorm van rumineren, blijkt onder jongeren een significante voorspeller van

depressieve klachten over tijd (Burwell & Shirk, 2007). Daarentegen is ‘reflection’ een adaptieve en positievere vorm van rumineren. Hierbij wordt via zelfreflectie naar een oplossing voor cognitieve problemen gezocht, wat negatief gerelateerd is aan depressieve gevoelens (Smith & Alloy, 2009; Verstraeten et al., 2010). Het is voor te stellen dat in de klinische depressieve groep het onderscheid tussen brooding en reflection niet duidelijk is, gezien elke copingsvorm dysfunctioneel kan zijn (Whitmer & Gotlib, 2011). Er kan verder onderzocht worden welke vorm van rumineren jongeren uit de klinische depressieve groep gebruiken.

Opvallend was dat ook jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking rumineren, waarbij de mate van rumineren varieert van soms tot regelmatig. Sommige jongeren zijn meer geneigd tot rumineren dan anderen. Dit is te verklaren aan de hand van cognitieve controle processen binnen het werkgeheugen (Braet et al., 2014; De Lissnyder et al., 2010). Het werkgeheugen is het cognitieve deelgebied dat informatie opneemt, vast houdt en reproduceert. Rumineren wordt geassocieerd met problemen met reguleren, controleren en loslaten van informatie zodra dit zich in het werkgeheugen bevindt (De Lissnyder et al., 2010). Rumineren kan resulteren in cognitieve controle problemen doordat het de capaciteit van het werkgeheugen beperkt (Watkins & Brown, 2002). Het moeilijk kunnen loslaten van negatieve gedachten, bepaalt de inhoud van het werkgeheugen en kan resulteren in het aanhouden van een negatieve stemming en de kwetsbaarheid voor depressie (De Lissnyder et al., 2010).

Daarnaast is onderzocht of er zowel bij de algemene als klinisch depressieve groep een samenhang is tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten, depressieve symptomen en suïcide plannen, depressieve symptomen en rumineren en suïcidale gedachten en rumineren. In overeenstemming met onze hypothese werd gevonden dat er bij zowel depressieve jongeren als jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking een samenhang is tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten en depressieve symptomen en suïcide plannen. Dit betekent hoe meer depressieve symptomen jongeren hebben, hoe meer suïcidale gedachten en suïcide plannen zij hebben. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waaruit blijkt dat jongeren met een hoge mate van suïcidale gedachten meer depressieve symptomen hebben (Reinherz et al., 2006). Daarnaast blijkt depressie een belangrijke risicofactor voor suïcidale gedachten en suïcide plannen (Nock & Kessler, 2006; Brendel et al., 2010; Hawton et al., 2013).

In overeenstemming met onze hypothese is er in de algemene groep een samenhang te zien tussen de mate van depressieve symptomen en rumineren. Dit betekent hoe meer depressieve symptomen jongeren hebben, hoe meer zij rumineren. Iemand die veel rumineert ervaart meer en ernstigere depressieve symptomen (Rood et al., 2009; Muris et al., 2004). Depressieve jongeren hebben de neiging om te rumineren. Dit is te verklaren door verstoorde

werkgeheugenprocessen, waardoor zij moeite hebben om negatieve gedachten uit het werkgeheugen te verwijderen en door positieve gedachten te vervangen (De Lissnyder et al., 2010). Ook is er een samenhang te zien tussen de mate van suïcidale gedachten en rumineren. Dit komt overeen met de literatuur, waaruit blijkt dat rumineren een rol speelt in het ontstaan van suïcidale gedachten (Morrison & O'Connor, 2008; Miranda & Nolen-Hoeksema 2007). Door herhaaldelijk negatief denken komt de jongere in een negatieve spiraal, wat het probleemoplossend vermogen vermindert. Dit kan leiden tot een gevoel van hopeloosheid en uitzichtloosheid, wat de kans op suïcidale gedachten vergroot (Goldney, 2008; Williams et al., 2005).

Er is bij de klinisch depressieve groep jongeren geen samenhang tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van rumineren. Ook is er geen samenhang tussen de mate van suïcidale gedachten en de mate van rumineren. Een mogelijke verklaring kan zijn dat klinisch depressieve jongeren hogere scores hebben op depressieve symptomen en suïcidale gedachten, waardoor er binnen de groep weinig spreiding is. Ook kan het duiden op een plafondeffect, waarbij depressieve jongeren zo veel aan het rumineren zijn dat het de depressieve stemming niet verder kan verlagen.

Vervolgens is onderzocht of depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen van depressieve jongeren veranderbaar zijn middels CGT. In overeenstemming met onze hypothese werd gevonden dat er een significante afname is van depressieve symptomen na de CGT behandeling. Uit de studies van Weisz et al. (2006) en Klein et al. (2007) bleek ook dat CGT een effectieve behandeling is voor het verminderen van depressieve symptomen bij jongeren. Ook is er een significante afname gevonden van suïcidale gedachten na de CGT behandeling. De studie van Spirito et al. (2011) laat zien CGT bij depressieve jongeren effectief is in het verminderen van suïcidale gedachten. Middels CGT leren jongeren copingvaardigheden en affectregulatietechnieken die toegepast kunnen worden bij suïcidale gedachten (Spirito et al., 2011).

Er is na de CGT behandeling bij de klinisch depressieve jongeren geen significante afname in suïcide plannen. Een verklaring hiervoor is dat een suïcide plan een uitgedachte methode is om het leven te beëindigen en vaak vast staat. CGT helpt jongeren om te gaan met ongewenste gedachten en gevoelens (Tarrier et al., 2008). Het richt zich voornamelijk op suïcidale gedachten en niet op suïcide plannen. Minder denken aan suïcide, dus de afname van suïcidale gedachten, kan indirect zorgen voor een afname van suïcide plannen op de lange termijn.

Tot slot is een mediatieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of rumineren een mediator kan zijn in de relatie tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten voor en na CGT. Er blijkt een direct effect tussen depressieve symptomen voor CGT en depressieve symptomen na CGT en suïcidale gedachten voor CGT en suïcidale gedachten na CGT. Daarnaast blijkt rumineren een significante voorspeller van zowel depressieve symptomen na CGT als suïcidale gedachten na CGT. Dit betekent dat er een verband is, waarbij een deel van de variantie van de nameting verklaart wordt door rumineren. De mediatie analyses hebben echter laten zien dat rumineren geen mediator is in de relatie tussen depressieve symptomen voor en na CGT en suïcidale gedachten voor en na CGT. Een mogelijke verklaring kan zijn dat een kleine power in de klinische steekproef ($N = 35$) de kans op een type 2 fout vergroot. Een andere verklaring is dat hetzelfde gemeten wordt, door de wederkerige relatie tussen rumineren en depressieve symptomen. Rumineren is niet alleen een kwetsbaarheidsfactor voor depressie, maar kan ook onderdeel van de depressieve symptomen zijn (Moberly & Watkins, 2008; Rood et al., 2012).

Limitaties en vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Bij de verschillende analyses is er niet aan alle assumpties voldaan, waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Bij de ANOVA's en t-toetsen is niet voldaan aan de assumptie van normaliteit. Echter zijn dit vrij robuuste testen, waardoor kan worden aangenomen dat de schending weinig invloed heeft op de analyse (Field, 2013). Daarnaast is de assumptie van homogeniteit geschonden. Hoe groter de schending, hoe groter de kans op een incorrecte statistische conclusie. Daarnaast is een limitatie de grootte van de steekproef van de klinische populatie en de ongelijke groepsgroottes. Vervolgonderzoek met een grotere klinische steekproef verhoogt de power van het onderzoek.

Tevens is er een cross-sectioneel onderzoek gedaan in plaats van een longitudinaal onderzoek. Het verrichten van een longitudinaal onderzoek, zou een meer omvattend beeld geven over de richting en veranderingen van suïcidaal gedrag na het inzetten van CGT. Daarnaast is het verband tussen rumineren en depressieve symptomen door de wederkerigheid in relatie lastig te onderzoeken, omdat er geen duidelijk oorzaak en gevolg is. Experimenteel onderzoek waarin rumineren of depressieve symptomen worden gemanipuleerd kan meer zicht geven op de causale verbanden tussen responsestijlen en depressieve klachten (Roelofs & Rood, 2009). Jongeren kunnen worden ingedeeld in drie groepen, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de ernst van de depressie middels het aantal depressieve symptomen (licht 4-5 symptomen, matig 6-7 symptomen en ernstig 8-9 symptomen). Binnen elke groep krijgt de ene helft een ruminatie taak en de andere helft een afleidingstaak. Na het uitvoeren van de taak kan bij de

groep die rumineert en de groep die afleiding heeft gehad gekeken worden of er een verandering is in depressieve stemming.

Ondanks bovengenoemde beperkingen zijn de resultaten van dit onderzoek belangrijk voor de klinische praktijk. Voor zover bekend, is in Nederland niet eerder onderzoek verricht naar de veranderbaarheid van suïcidaal gedrag bij depressieve jongeren middels CGT. Hoewel depressieve symptomen en suïcidaal gedrag vaak voorkomen in de adolescentieperiode, zijn er weinig studies die zich specifiek richten op jongeren en daarbij onderscheid maken tussen een niet-klinische en klinisch depressieve groep. Het gebruik van een meervoudige steekproef benadering zorgt voor inzicht in overeenkomsten en verschillen tussen de groepen jongeren. Daarnaast wordt de interne validiteit verhoogd door het gebruik van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Een andere sterke kant van het huidige onderzoek is het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten, wat een passende methode is om internaliserend probleemgedrag bij jongeren in kaart te brengen (Buist et al., 2004).

Implicaties voor de praktijk en aanbevelingen

Uit het huidige onderzoek blijkt dat ook jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen hebben. Het is belangrijk dat deze jongeren gesignaleerd worden en passende hulp krijgen. Met oog op de praktijk, suïcidepreventie en behandeling, laat dit onderzoek zien dat het van belang is om zicht te krijgen op suïcidaal gedrag onder jongeren omdat alleen dan signalen van het suïcidale proces (h)erkent en vroegtijdig gestopt kunnen worden. Scholen zijn onmisbaar bij het opvangen van suïcide signalen, juist omdat veel jongeren uit zichzelf geen professionele hulp zoeken (Van Bergen & Popma, 2019).

Op school worden jongeren gezien en gekend en liggen er kansen voor suïcidepreventie, door de (vertrouwens)relatie die leerlingen vaak met een docent hebben (Spee, 2015). Zonder de signalerende functie van school is de kans een stuk kleiner dat de jongere de weg naar de hulpverlening zal vinden (Van Goor, 2017). Echter voelen docenten zich vaak onvoldoende competent en ervaren zij een gebrek aan kennis (Spee, 2015). De gatekeepers training van 113 en voorlichtingen op scholen kunnen docenten meer handvatten geven om het gesprek met suïcidale leerlingen aan te gaan. Hoe meer de kennis toeneemt, hoe minder het taboe wordt. Een goed systeem van leerlingbegeleiding op de school, het toerusten van docenten in signaleren en gespreksvaardigheden en een goede samenwerking met jeugdhulpverlening, dragen alle bij aan een veilig klimaat in de school en een schoolbeleid dat gericht is op suïcidepreventie (Kerkhof et al., 2004).

Behandeling is zinvol en cruciaal om suïcidaal gedrag te voorkomen en suïcidale gedachten te verminderen (Van Heeringen et al., 2019). Behandeling richt zich op veiligheid, het zoeken naar hoop, psycho-educatie, het suïcidale gedrag en onderliggende problemen en op terugvalpreventie (Geestelijke gezondheidszorg standaarden, 2020). CGT kan worden ingezet bij depressie met suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012). CGT vermindert depressieve symptomen, wat indirect zorgt voor een afname van suïcidale symptomen, heeft een positieve invloed op rumineren en verbetert probleemoplossingsvaardigheden en sociale competentie (Butler et al., 2006; Tarriet et al., 2008; Spirito et al., 2011).

Concluderend heeft het huidige onderzoek laten zien dat jongeren met een depressieve stoornis meer depressieve symptomen, suïcidale gedachten en suïcide plannen hebben en een hogere mate van rumineren vertonen dan jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking. Zowel jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking als depressieve jongeren hebben suïcidale gedachten. Vandaar dat het belangrijk is om vroegtijdig suïcidepreventie in te zetten en passende behandeling te bieden, gericht op het voorkomen van suïcidaal gedrag en het verminderen van suïcidale gedachten. Bij de groep jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking en de groep klinisch depressieve jongeren is een samenhang te zien tussen de mate van depressieve symptomen en de mate van suïcidale gedachten en de mate van depressie symptomen en suïcide plannen. In de algemene groep is te zien dat er een samenhang is tussen de mate van depressieve symptomen en rumineren en de mate van suïcidale gedachten en rumineren. Bij de klinisch depressieve groep jongeren is deze samenhang er niet. In de klinisch depressieve groep is er een significante afname van zowel depressieve symptomen als suïcidale gedachten na CGT gevonden. Tot slot blijkt rumineren geen mediator in de relatie tussen depressieve symptomen en suïcidale gedachten voor CGT en na CGT.

Referenties

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 259–271. <https://doi.org/10.1037/a0022796>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2007). The adolescent surge in depression and emergence of gender differences: A biocognitive vulnerability-stress model in developmental context. In D. Romer & E. F. Walker (Eds.), *Adolescent psychology and the developing brain: Integrating brain and prevention science* (pp. 284–312). Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Guilford.
- Beck, A. T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on psychological science, 14*, 16-20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>
- Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 1503-1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Bodden, D. H., Stikkelbroek, Y., & Braet, C. (2016). *The Child Depression Inventory-2 (CDI 2)*. Hogrefe Uitgevers B.V.
- Borschmann, R., Stark, P., Prakash, C., & Sawyer, S. M. (2018). Risk profile of young people admitted to hospital for suicidal behaviour in Melbourne, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 54*, 1213-1220. <https://doi.org/10.1111/jpc.13938>
- Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante, L., Moens,

- E., Verbeken, S., & Goossens, L. (2014). Emotion Regulation in Children with Emotional Problems. *Cognitive Therapy and Research*, *38*, 493–504.
<https://doi.org/10.1007/s10608-014-9616-x>
- Bramer, M., Van 't Zelfde, P., & Sturkenboom, M. (2010). *Suicidepreventie: aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg*. GGZ Nederland.
- Brendel, R. W., Wei, M., Lagomasino, I. T., Perlis, R. H., & Stern, T. A. (2010). *Care of the suicidal patient*. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry (6th ed). <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1927-7.00040-6>
- Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W., & Van Aken, M. A. G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of Adolescence*, *27*, 251-266.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.11.012>
- Burwell, R., & Shirk, S. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*, 56-65. <https://doi.org/10.1080/15374410709336568>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck A. T. (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Webbased Injury Statistics Query and Reporting System*. https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?ts=1562054943624
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*, 460-482.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, *13*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons Inc.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. & Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression*

- course. Castalia Publishing Company.
- Comtois, K. A., & Linehan M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(2), 161–170.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20220>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *34*, 209–219. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.209.42781>
- De Lissnyder, E., Koster, E. H. W., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2010). The association between depressive symptoms and executive control impairments in response to emotional and non-emotional information. *Cognition & Emotion*, *24*, 264–280.
<https://doi.org/10.1080/02699930903378354>
- 113 zelfmoordpreventie (2020). *Veilige berichtgeving rondom zelfdoding jongeren*.
 Opgevraagd van <https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/Factsheet%20veilige%20berichtgeving%20zelfdoding%20jongeren.pdf>
- Ellis, T. E. (2006). *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. American Psychological Association.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics (5th edition)*. Sage.
- Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J., & Angold, A. (2006) Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*, *63*, 1017-1024. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1017>.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*, 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
- Geestelijke gezondheidszorg standaarden (2020). *Generieke module Suïcidaal gedrag. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Opgevraagd van <https://www.ggzstandaarden.nl/>
- Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Rotterdam-Rijnmond (2009). *Rapportage gemeente Rotterdam 2009*. Rotterdam Rijnmond.
- Goldney, D. R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford University Press.
- Grassia, M., & Gibb, B. E. (2009). Rumination and lifetime history of suicide attempts.

- International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 400–406. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.4.400>.
- Hawton, K., Casanas, I., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Kerkhof, A., Arensman, E., Neeleman, J., & de Wilde, E. J. (2004). Suïcide en suïcidepreventie in Nederland. *Psychopraxis*, 6, 128–133. <https://doi.org/10.1007/BF03072159>
- Kerkhof, A. (2010). Terminologie en definities. In: Kerkhof, A., & Van Luyn, J. (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Klein, J. S., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1403–1413. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180592aaa>
- Kovacs, M. (2011). *The Child Depression Inventory 2 (CDI-2)*. Multi Health Systems.
- Lauth, B. (2010). Validity of K-SADS-PL (schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nord. J. Psychiatry*, 64(6), 409–420. <https://doi.org/10.3109/08039481003777484>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., & Malone, K. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-74. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Martin, G., Thomas, H., Andrews, T., Hasking, P., & Scott, J. (2015). Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological Medicine*, 45(2). 429– 437. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001615>
- Meerdinkveldboom, J., Kerkhof, A., & Rood, I. (2016). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren: individuele en gezinsbehandeling*. Boom.
- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors:

- improving patient outcomes. *Psychology research and behavior management*, 9, 21-29. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589>
- Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., & Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress Anxiety*, 29, 180–6. <https://doi.org/10.1002/da.20915>
- Miranda, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at one-year follow up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3088-3095. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015>
- Moberly, N. J., & Watkins, E. R. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: An experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 314–323. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.314>
- Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 523–538. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523>.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C., & Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 539–554. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045563.66060.3e>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and

- different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 392–401. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007>
- Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., Vollebergh W. A. M., Buitelaar, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, *45*, 345-360. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001469>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokhad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, M., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., . . . Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*, *387*(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2010). Evidence-based interventions for preventing suicide in youths. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 165-202). Hogrefe and Huber.
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1226-1232. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1226>
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, *21*(2), 132–142. <https://doi.org/10.1037/gpr0000101>
- Rood, L., & Roelofs, J. (2009). De invloed van rumineren en afleiding zoeken op depressieve klachten bij niet-klinische kinderen en adolescenten: een meta-analyse. *GZ-Psychologie*, *1*, 42-47. <https://doi.org/10.1007/s41480-009-0005-0>
- Rood, L., Roelofs, J., Bogels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *29*, 607-616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Rood, L., Roelofs, J., & Bijttebier, P. (2012). Repetitief negatief denken en psychische klachten bij kinderen en adolescenten. *Gedragstherapie*, *45*, 69-80. https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2012-1-7/Repetitief-negatief-denken-en-psychische-klachten-bij-kinderen-en-adolescenten

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part II: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*, 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, *29*, 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- Spee, C. J. M. (2015). De school en suïcide. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, *47*:26. <https://doi.org/10.1007/s12452-015-0037-3>
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, *20*(2), 191-204. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.012>
- Stikkelbroek, Y., Bouman, H. & Cuijpers, P. (2005). De doepressie cursus. (Eigen Beheer, Dutch).
- Stikkelbroek, Y., Boddien, D. H., Deković, M., & Van Baar, A. L. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in clinically depressed adolescents: Individual CBT versus treatment as usual (TAU). *BMC Psychiatry*, *13*, 314-324. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-314>
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J. J., Lont, C. M., Van Baar, A. L., & Boddien, D. H. M. (2020). Effectiveness and moderators of individual cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in clinically depressed adolescents: a randomized controlled trial. *Scientific Reports*, *10*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-71160-1>
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, *32*(1), 77–108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>
- Ten Have, M., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Van 't Land, H., & Vollebergh, W. (2007). *Suïcidaliteit onder de algemene bevolking: gedachten en pogingen; Resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS)*. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1093-nieuwe-gegevens-over-suïcidaliteit-in-de-bevolking>
- Van Bergen, M., & Popma, A. (2019). Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: Een

- verdiepend onderzoek. *113 Zelfmoordpreventie*, <https://www.113.nl/onderzoek-jongeren-en-suicide>
- Van den Heuvel, M. W. H., Stikkelbroek, Y. A. J., Bodden, D. H. M., & van Baar, A. L. (2020). Coping with stressful life events: cognitive emotion regulation profiles and depressive symptoms in adolescents. *Dev Psychopathol.* *32*, 985–95. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000920>
- Van Goor, E. (2017) Suïcidepreventie in het onderwijs doe je samen! *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *47*(2), 5-10. <https://vvkp.be/suicidepreventie-het-onderwijs-doe-je-samen>
- Van Heeringen, K. (2001). The suicidal process and related concepts: In: K. van Heeringen (red.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Wiley.
- Van Heeringen, K., Portzky, G., De Beurs, D., & Kerkhof, A. (2019). *Handboek suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom/Boom.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, Hummelen, J. W., de Groot, M. H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M, Stringer, B., Verlinde, A. A., & van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn voor Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos Instituut.
- Verstraeten, K., Vasey, M.W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2010). Brooding and reflection as components of rumination in late childhood. *Personality and Individual Differences*, *48*, 367-372. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1016/j.paid.2009.11.001>
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 132-149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, *12*, 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Whitmer, A., & Gotlib, I.H. (2011). Brooding and Reflection Reconsidered: A Factor Analytic Examination of Rumination in Currently Depressed, Formerly Depressed, and Never Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *35*, 99-107. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1007/s10608-011-9361-3>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Cognitive behavioral

interventions to reduce suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. In: K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*. Oxford University Press.

World Health Organization (WHO). (2017). *Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

Bijlage 1. Dataverzameling

In de dataverzamelingsactiviteiten ben ik mij gaan richten op suïcidepreventie binnen het onderwijs. Ik ben mij gaan verdiepen in wetenschappelijk onderzoek, de (psycho-) educatieve programma's, gatekeepertraining, peer-helping programma's, vaardigheidstraining en screening- programma's. Daarnaast heb ik een overzicht gemaakt van de materialen die door 113 zelfmoord zijn ontwikkeld en handvatten geven om suïcidepreventie binnen de organisatie een structurele plek te geven, zoals: de matrix suïcidepreventie, het stappenplan suïcidepreventie, een evaluatie en het meerjarenplan. Op het gebied van suïcidepreventie-beleid zijn de volgende materialen aanwezig: handreiking suïcidepreventie voor scholen en universiteiten en de signaleringskaart suïcidepreventie voor het onderwijs.

Ter voorbereiding op het bedenken en opstellen van een suïcide interview heb ik de training Vraag maar van 113 gevolgd. Ik heb twee docenten in het voortgezet onderwijs geïnterviewd en vragen gesteld over mogelijke knelpunten die zij ervaren in het signaleren en ondersteunen van suïcidale leerlingen. Met deze informatie heb ik een brochure gemaakt, om de kennis en competentie van docenten in het voortgezet onderwijs te versterken. Er staat informatie in over suïcidaal gedrag, risico- en beschermende factoren en aandachtspunten op het gebied van signaleren, ondersteunen en doorverwijzen en tips en tools zoals een hulplijn, app en vragenlijst. Het moet normaler worden om naar negatieve gevoelens (wanhoop, radeloosheid, somberheid) te vragen en de zorgen uit te spreken. De brochure draagt bij aan het creëren van meer begrip en rust rondom het thema suïcidaliteit, zodat er ruimte komt voor betere signalering en zorg.