

SUICIDALITEIT BIJ ADOLESCENTEN

(EEN PRELIMINARY STUDY)

Naam: Dieuwertje Boot

Studentnr: 3202712

Status artikel: Concept

Datum: 24-06-2011

Studie: Universiteit Utrecht, Klinische Gezondheidswetenschappen, Master

Verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Begeleider: Frans Feron (GGD Zuid Limburg)

Cursusdocent: Harmieke van Os- Medendorp

Stage-instelling: GGD Zuid Limburg, Jeugdgezondheidszorg

Beoogd tijdschrift: TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

Referentiestijl: Vancouver

Aantal woorden artikel: 4184

Aantal woorden samenvatting (NL): 228

Aantal woorden samenvatting (ENG): 232

INLEIDING

De adolescentie, in Nederland gedefinieerd als de leeftijdsperiode tussen de 10-20 jaar, wordt over het algemeen als een kwetsbare periode gezien. Somatisch mankeert deze jongeren vaak weinig, echter psychosociaal maken zij grote veranderingen door.¹

De meeste jongeren (95%) doorlopen de adolescentie, met de daarbij behorende psychosociale veranderingen, zonder al te veel moeite.¹ Echter, een aantal krijgt te maken met psychosociale problemen. In de literatuur is er geen eenduidige definitie voor het begrip psychosociale problemen. Over het algemeen wordt het onderscheid gemaakt naar internaliserende en externaliserende problemen en middelengebruik.¹ Onder internaliserende problemen worden verstaan “naar binnen gerichte” stoornissen in de stemming. Het gaat hierbij vooral om problemen die nadelig zijn voor de persoon zelf, zoals depressieve gevoelens, suïdaliteit, angst en eenzaamheid.¹ Externaliserende problemen worden gekenmerkt door gedrag dat naar buiten is gekeerd, zoals agressie, crimineel en oppositioneel gedrag.¹ Deze problemen zijn vooral hinderlijk voor de omgeving. Bij middelengebruik kan het gaan om verschillende soorten producten als alcohol, sigaretten en drugs. Deze gedragingen worden als aparte groep beschouwd omdat ze zowel gedragingen naar binnen als naar buiten kunnen vertonen.¹

Het is niet bekend wat de prevalentie is van psychosociale problemen onder Nederlandse adolescenten.^{1,2} Niet iedereen ervaart of definieert bepaald psychosociaal disfunctioneren als een probleem. Er is echter wel bekend dat psychosociale problemen kunnen ontaarden in suïdaliteit. Onder suïdaliteit wordt verstaan het hele spectrum van suïcidale gedachten en suïcideplannen, tot suïcidepogingen en een daadwerkelijk uitgevoerde zelfdoding.^{2,3,4}

Uit het beleidsadvies *vermindere van suïdaliteit* van het Trimbos-instituut⁵ blijkt dat niet-dodelijk suïcidaal gedrag onder jongeren in Nederland relatief vaak voorkomt. Onder adolescenten zou suïcide, na verkeersongevallen, de tweede doodsoorzaak zijn.⁵ Verder blijkt uit een Nederlands onderzoek uit 2007 onder scholieren van 11 -17 jaar dat 11,2% er het afgelopen half jaar over heeft gedacht een einde aan het leven te maken, 6,6% verwondde zich opzettelijk of deed een suïcidepoging.⁵

Uit de praktijk blijkt dat de suïdecijfers uit zowel het beleidsadvies van het Trimbos-instituut als uit de overige studies onderschat kunnen zijn, want zijn alle verkeersongevallen bij adolescenten wel daadwerkelijke verkeersongevallen, hier kunnen tevens geslaagde suïcidepogingen bij zitten.²

Wanneer het aantal suïcides, van alle leeftijdsgroepen, in Nederland vergeleken wordt met het aantal suïcides in andere landen dan blijkt uit gegevens van WHO dat Nederland in vergelijking met Europa op de dertigste plaats staat van de vijftig landen.⁵ De jaarlijkse incidentie van suïcide in Europa fluctueert tussen de 3 en 45 gevallen per 100.000.⁶ In Nederland is de officiële incidentie ongeveer 10 op de 100.000 per jaar. Tussen de landen

bestaan echter grote demografische verschillen en is de vraag in hoeverre suïdecijfers van verschillende landen met elkaar te vergelijken zijn.⁶ Ook lijkt het aantal suïcidegevallen in Nederland per jaar laag te zijn. Echter, uit de praktijk blijkt dat een (geslaagde) suïcidepoging niet alleen invloed heeft op de persoon zelf, maar des te meer op diens sociale leefomgeving.²

Er zijn geen nationale, in registraties, vastgelegde cijfers beschikbaar over andere vormen van suïcidaliteit, zoals het hebben van suïcidegedachten, het doen van suïcidepogingen en automutilatie. Registratiecijfers ontbreken onder meer, omdat niet alle personen met suïcidaal gedrag in aanraking komen met de hulpverlening en niet (centraal) geregistreerd worden.^{2,3} In Nederland is er nog geen nationaal suïcidepreventiebeleid. Vanuit het ministerie van VWS wordt er op aangedrongen om jongeren preventief te gaan screenen middels een nog op te stellen meetinstrument.³

De vraag is of in de huidige praktijk van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), de organisatie die preventieve zorg biedt aan kinderen tussen de 0-19 jaar, adolescenten met suïcidaliteit te laat of niet worden opgemerkt. Ligt deze oorzaak in het feit dat JGZ-hulpverleners te weinig kennis en middelen hebben om dergelijke adolescenten vroegtijdig te herkennen en eventueel door te verwijzen naar de juiste hulpverlening? Het blijkt dat de psychische problemen die kinderen/jongeren hebben, vaak niet vallen onder de DSM IV criteria, waardoor ze niet de hulp krijgen die nodig is.^{7,8,9} Verschillende organisaties en onderzoeken dringen erop aan om hulpverleners in de primaire zorg competent te maken in het achterhalen van psychische problemen bij kinderen en adolescenten.^{2,7,9,11} Hulpverleners in de primaire zorg hebben een breder bereik en hebben een preventieve functie.^{2,9,11} Om kinderen/adolescenten vroegtijdig op te sporen op mogelijke risico's voor suïcidaliteit wordt nu gebruik gemaakt van een medisch dossier dat vanaf de geboorte wordt bijgehouden, de contactmomenten die op vaste leeftijden plaatsvinden, informatie van scholen en gedragsvragenlijsten.¹¹ De gedragsvragenlijsten die gebruikt worden zijn de Strenghart en Difficulties Questionnaire (SDQ), Child Behavior Checklist (CBCL), Youth self report (YSR) en de Teachers Report Form (TRF).^{8,12,13,14,15}

De CBCL, YSR en TRF worden ook wel de Achenbachlijsten genoemd.^{13,14,15} De gedragsvragenlijsten worden in de JGZ veelvuldig ingezet om bepaalde problematiek bij kinderen te kunnen achterhalen. De gedragsvragenlijsten bevatten 120 vragen over zowel gedrags- als emotionele problemen. Een aantal vragen heeft ook betrekking op mogelijke suïcidaliteit bij adolescenten. Door gebruik te maken van verschillende informanten (adolescent zelf, ouders, leerkracht) kan een goed totaalbeeld worden gecreëerd van mogelijke problematiek en op welke gebieden deze problemen zich bevinden.^{13,14,15,16,17}

Voor dit onderzoek is specifiek gekeken naar de vragen die betrekking hadden op suïcidaliteit. In de vragenlijsten waren dit twee vragen: *Ik probeer mijzelf met opzet te*

verwonden of te doden (CBCL/TRF: *verwondt zichzelf opzettelijk of doet zelfmoordpogingen*) en *ik denk erover mijzelf te doden* (CBCL/TRF: *Praat erover dat hij/zij zichzelf zou willen doden*).

Probleemstelling

De huidige literatuur en onderzoeken in Nederland richten zich voornamelijk op jong volwassenen en ouder m.b.t. cijfers over suïcidaliteit. Hierdoor zijn er geen concrete cijfers bekend over het voorkomen van suïcidaliteit bij adolescenten.

Tevens bestaat er in Nederland geen nationaal registratiesysteem voor suïcidaliteit. Er is zelfs nog geen vragenlijst die is toegerust op het herkennen van suïcidaliteit bij adolescenten.

Cijfers ontbreken terwijl de JGZ alle kinderen in beeld hoort te hebben.¹¹ De JGZ heeft een taak op het inspelen van de maatschappelijk hulpvraag m.b.t. suïcidaliteit: hoe groot is dit probleem en hoe vaak komt het voor en welke rol kan/moet de JGZ hierin spelen.

Doelstelling

Omdat harde cijfers over suïcidaliteit bij adolescenten ontbreken is het doel om middels een preliminary study een beter beeld te krijgen van dit probleem. Aan de hand van reeds ingevulde gedragsvragenlijsten over adolescenten waarbij bepaalde gedragsproblemen worden vermoedt, is nagegaan hoe vaak suïcidaliteit bij deze groep voorkomt. Verder heeft het onderzoek tot doel om na te gaan wat het verband is tussen suïcidaliteit en leeftijd, geslacht en andere internaliserende- en externaliserende problemen.

Vraagstelling

De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

- Hoe vaak komt suïcidaliteit voor bij adolescenten tussen de 12-18 jaar waarvan een of meer gedragsvragenlijsten zijn ingevuld?
- Hoeveel adolescenten tussen de 12-18 jaar, die scoren in het grens- of klinischgebied (= hoge t-scores) op internaliserende- en externaliserende problemen, scoren op suïcidaliteit?
- Welk verband is er tussen suïcidaliteit en geslacht en suïcidaliteit en leeftijd?
- Wat is de cross- informant correlatie m.b.t. suïcidaliteit tussen de YSR, CBCL en TRF?

METHODE

Participanten en procedure

Het betreft een praktijkgestuurd, kwantitatief observationeel en correlatieel onderzoek op basis van reeds verzamelde gegevens uit de praktijk.¹⁸

De populatie betreft adolescenten in de leeftijd tussen de 12-18 jaar, waarvan een of meer gedragsvragenlijsten (YSR, CBCL of TRF) zijn ingevuld. Alle adolescenten in het onderzoek vallen onder het zorggebied van de GGD Zuid Limburg. Naast deze inclusiecriteria is er voor gekozen om de vragenlijsten van twee jaargangen (2009 en 2010) mee te nemen. In deze preliminary study, waarbij beschrijvende statistiek centraal staat, is ervoor gekozen om geen powerberekening te maken, maar te streven naar een samplesize van 250 adolescenten. De grootte van de samplesize is een arbitraire keuze, welke inherent is aan een preliminary study.

Vragenlijsten werden ge-excludeerd wanneer ze niet volledig waren ingevuld. Ook vragenlijsten van kinderen die op een praktijk- of tytylschool zitten werden ge-excludeerd.

Binnen de onderzoeksgroep is sprake van selectie: voor de adolescenten die meegenomen zijn in het onderzoek bestond een indicatie voor een probleeminventarisatie. Deze probleeminventarisatie wordt gedaan als er aanwijzingen zijn voor internaliserende- en/of externaliserende problemen en er beoordeeld moet worden wat de ernst is van de problemen. Deze probleeminventarisatie wordt gedaan door direct onderzoekscontact waarbij altijd gedragsvragenlijsten worden uitgezet. Vaak worden over een en dezelfde persoon drie vragenlijsten ingevuld (YSR, CBCL, TRF). Echter, het komt ook voor dat slechts een of twee van de drie vragenlijsten is ingevuld. In het onderzoek zijn alle gevallen meegenomen.

Binnen deze gedragsvragenlijsten is gekeken naar de twee vragen die betrekking hebben op suïdaliteit: *Ik probeer mijzelf met opzet te verwonden of te doden* (YSR 18) (CBCL18/TRF18: *Verwondt zichzelf opzettelijk of doet zelfmoordpogingen*) en *ik denk erover mijzelf te doden* (YSR 91) (CBCL91/TRF91: *Praat erover dat hij/zij zichzelf zou willen doden*).

Het onderzoek betreft een niet wmo-plichtig onderzoek. Het betreft reeds ingevulde vragenlijsten binnen de care as usual. De vragenlijsten zijn intern binnen de GGD Zuid Limburg ingevoerd, geanonimiseerd en geanalyseerd.

Meetinstrumenten

De meetinstrumenten die gebruikt zijn in het onderzoek zijn:

- Child Behavior CheckList 6-18 jaar (CBCL)¹³: De Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassen die

een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind. Ouders kunnen op 20 vragen over vaardigheden informatie geven over activiteiten, sociale contacten en schoolwerk. De CBCL heeft 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag, nu of in de afgelopen 6 maanden past bij een kind met behulp van de volgende antwoordmogelijkheden: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak. De antwoorden op de vragen tellen op tot schalen. De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen: Activiteiten, Sociaal en School, en samen vormen deze de schaal Totale Vaardigheden. De vragen over gedrag vormen de acht probleemschalen: Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend Gedrag en Agressief Gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen. De CBCL heeft een test-hertest betrouwbaarheid van $r = 0.87-0.91$, en een interne consistentie $\alpha = 0.28-0.74$ voor jongens tussen 12-18 jaar en een $\alpha = 0.37-0.76$ voor meisjes tussen de 12-18 jaar. De Area Under Curve (AUC) van de ROC-curve was voor jongens tussen de 12-18 jaar $r = 0.88$ en voor meisjes tussen de 12-18 jaar $r = 0.87$ voor totale probleemscore.¹³

- Youth Self-Report 11-18 jaar (YSR)¹⁴: De Zelf in te Vullen Vragenlijst voor 11-18 jarigen (YSR) is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen. Veel van deze vragen zijn hetzelfde als op de CBCL, aangevuld met veertien sociaal wenselijke vragen waarop de meeste jongeren positief antwoorden. Jongeren kunnen voor elke vraag aangeven hoe goed een vraag bij hun past in de afgelopen zes maanden volgens dezelfde manier als bij de CBCL. De YSR omvat dezelfde probleemschalen als de CBCL. De YSR heeft een test-hertest betrouwbaarheid laten zien tussen de 0.63-0.89 en een interne consistentie $\alpha = 0.38-0.91$ voor jongens tussen de 11-14 jaar en een $\alpha = 0.48-0.91$ voor meisjes tussen de 11-14 jaar. De AUC is voor jongens $r = 0.67$ en voor meisjes $r = 0.74$ voor totale probleemscore.¹⁴
- Teacher's Report Form 6-18 jaar (TRF)¹⁵: De TRF is een vragenlijst waarop leerkrachten vragen kunnen beantwoorden over schoolwerk, functioneren en emotionele- en gedragsproblemen. Ook kunnen leerkrachten scores op schoolvorderingstoetsen en intelligentietests vermelden. De TRF omvat 118 probleemvragen waarvan 93 ook op de CBCL voorkomen. De andere vragen gaan over gedrag dat ouders niet goed kunnen waarnemen, zoals: vindt het moeilijk om aanwijzingen op te volgen, stoort andere leerlingen, veroorzaakt onrust in de klas.

Leerkrachten kunnen aangeven hoe goed een vraag bij een leerling past in de afgelopen twee maanden met dezelfde antwoordcategorieën als voor de CBCL. De TRF omvat de schalen Schoolresultaten, Functioneren en de probleemschalen zoals weergegeven bij de CBCL. De TRF heeft een test-hertest betrouwbaarheid laten zien van $r = 0.40-0.95$ en een interne consistentie van $\alpha = 0.80-0.95$ voor jongens tussen de 12-18 jaar en van $\alpha = 0.73-0.95$ voor meisjes tussen de 12-18 jaar. De AUC is voor jongens tussen de 12-18 jaar $r = 0.81$ en voor meisjes tussen de 12-18 jaar $r = 0.80$ voor totale probleemscore.¹⁵

- suïdaliteit: De variabele suïdaliteit is gemeten aan de hand van twee vragen die in alle drie de gedragsvragenlijsten voorkomen. Te weten: *Ik probeer mijzelf met opzet te verwonden of te doden* (YSR 18) (CBCL18/TRF18: *Verwondt zichzelf opzettelijk of doet zelfmoordpogingen*) en *Ik denk erover mijzelf te doden* (YSR 91) (CBCL91/TRF91: *Praat erover dat hij/zij zichzelf zou willen doden*). Op deze vraag kan middels een likertschaal 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak, antwoord gegeven worden. Wanneer een of beide vragen over suïdaliteit met 1 of 2 werd beantwoord, werd dit, in dit onderzoek, aangemerkt als een risico op suïdaliteit.

Analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van het softwarepakket SPSS versie 15.0.¹⁹

De frequentie van suïdaliteit is berekend op basis van geslacht en leeftijd. Vervolgens is gekeken hoeveel procent van de onderzochte adolescenten een score heeft boven de normaalgrens voor internaliserende- en externaliserende problemen. Van de adolescenten die boven de normaalgrens voor internaliserende- en externaliserende problemen scoren, is tevens gekeken hoe vaak zij scoren op suïdaliteit

Een waarde tot $t = 60$ op internaliserende- en externaliserende problemen wil zeggen dat er geen noemenswaardige gedragsproblemen zijn (normaalgebied). Een waarde tussen de $t = 60-63$ geeft aan dat er bepaalde gedragsproblemen zijn, maar dat deze nog niet leiden tot een diagnose (grensgebied). Een waarde boven de $t = 63$ geeft aan dat er aanzienlijke gedragsproblemen zijn en deze leiden vaak tot een diagnose die behandeld moet worden (klinischgebied).^{13,14,15}

Hierna is gekeken of er een verband is tussen suïdaliteit en geslacht en suïdaliteit en leeftijd. Omdat de data niet normaal verdeeld is, is gebruikt gemaakt van de Spearman's rho correlatiecoëfficiënt en Chi-kwadraat om een verband aan te tonen.

Als laatste is gekeken of de gedragsvragenlijsten, ingevuld door de verschillende informanten, overeenkomen. Dit is gedaan aan de hand van de crossinformant correlation.

Bij de analyses is gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval met een statistische significantie van $p < 0.05$ (two-tailed).

RESULTATEN

Demografische gegevens

In totaal zijn 285 adolescenten (141 meisjes, 144 jongens) meegenomen in het onderzoek, met een leeftijd tussen de 12-18 jaar (mean = 14.3 jaar, SD = 1.4), waarvan een of meer gedragsvragenlijsten (YSR, CBCL of TRF) zijn ingevuld.

Van de 285 adolescenten heeft 92,6% (n=264) de YSR ingevuld. De CBCL is in 90,5% (n=258) van de gevallen door één ouder/verzorger ingevuld en in 10,2% (n=29) door twee ouders/verzorgers. De TRF is in 82,1% (n=234) van de gevallen door een leerkracht ingevuld en in 1,1% (n=3) door twee leerkrachten. Van het totaal aantal ingevulde vragenlijsten was het aantal jongens en meisjes nagenoeg gelijk. Echter, bij de vragenlijsten ingevuld door de leerkracht werd gezien dat er verhoudingsgewijs meer jongens (n=131) zijn dan meisjes (n=106) (Tabel 1).

Suïdaliteit

Van de onderzochte meisjes scoort 12,7% (n=134) op de vraag *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* (YSR 18). Op de vraag *ik denk erover mijzelf te doden* (YSR91) scoort 18,7% van de meisjes. Van de jongens is dit respectievelijk 5,4% en 7,7% (n= 130) (Tabel 1). Ouders geven op de vraag *verwondt zichzelf opzettelijk of probeert zichzelf te doden* (CBCL18) aan dat 2,0% (n=149) van de jongens en 7,9% (n=139) van de meisjes dit zou doen. Op de vraag *praat erover zichzelf te doden* (CBCL91) geven ouders aan dat 10,8% van de jongens en 14,4% van de meisjes dit zou doen (Tabel 1).

Leerkrachten geven aan dat 0,8% (n=131) van de jongens en 12,3% (n=106) van de meisjes *zichzelf opzettelijk probeert te verwonden of probeert zichzelf te doden* (TRF18). Op de vraag *praat erover zichzelf te doden* (TRF91) geven leerkrachten aan dat 0,8% van de jongens en 5,7% van de meisjes dit zou doen (Tabel 1).

In de leeftijdscategorie 12 t/m 14 jaar scoorde 11,3% (n=164) van de adolescenten positief op suïdaliteit op de YSR. Voor de CBCL is dit 8,4% (n=176) en voor de TRF is dit 5% (n=149) (Tabel 2).

In de leeftijdscategorie 15 t/m 18 jaar is dit respectievelijk 11,0% (n=100) op de YSR, 10,4% (n=111) op de CBCL en 3,4% (n=88) op de TRF (Tabel 2).

Gezien wordt dat adolescenten zelf (YSR) vaker scoren op de suïcidaliteitsvragen dan ouders (CBCL) of leerkrachten (TRF) die die vragen over een adolescent beantwoorden (Tabel 2).

Internaliserende- en externaliserende problemen

Percentages voor normaal-, grens- en klinische waardes op internaliserende en externaliserende problemen worden weergegeven in tabel 3. De waardes zijn per respondent van de vragenlijst weergegeven. Gezien wordt dat voor internaliserende problemen 58% van de adolescenten binnen de normaalwaardes scoort op de YSR. Voor externaliserende problemen scoort 63,2% van de adolescenten binnen de normaalwaardes. Binnen het grens- en klinisch gebied scoort respectievelijk 42% en 36,8% op internaliserende- en externaliserende problemen (YSR) (Tabel 3). Op de CBCL scoort 45,3% (54,7% grens- en klinischgebied) en 54,3% (45,7% grens- en klinisch gebied) binnen de normaalwaardes voor respectievelijk internaliserende- en externaliserende problemen. Op de TRF scoort 46,1% (44,7% grens- en klinischgebied) en 44,7% (55,3% grens- en klinisch gebied) binnen de normaalwaardes voor internaliserende- en externaliserende problemen (Tabel 3).

Wanneer de scores op internaliserende- en externaliserende problemen worden uitgesplitst naar geslacht, wordt gezien dat meisjes zowel bij internaliserende- als externaliserende problemen vaker binnen de grens- en klinische waardes scoren dan jongens (Figuur 1).

Van de adolescenten die binnen het grens- en/of klinische gebied vallen ($t = \geq 60$) op internaliserende problemen, scoort 23,9% op suïcidaliteit. Bij een score binnen het grens- en/of klinische gebied ($t = \geq 60$) op externaliserende problemen, scoort 19,7% van de adolescenten positief op suïcidaliteit.

Bij een normale waarde op internaliserende problemen scoort 1,6% van de adolescenten op suïcidaliteit. Voor externaliserende problemen is dit 2%.

Correlatie

Er is geen statistisch verband gevonden tussen de vraag *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* en leeftijd. Dit geldt ook voor de vraag *ik denk erover mijzelf te doden* en leeftijd. Daarentegen is er wel een statistisch verband gevonden voor de vraag *ik denk erover mijzelf te doden* en geslacht ($X^2 = 6,898$ en $p = .032$). Dit verband werd niet gevonden voor *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* en geslacht ($X^2 = 4,281$ en $p = .118$).

Verder is er onderzocht of er een samenhang is tussen de vragenlijsten onderling m.b.t. suïcidaliteit. Er werd een significant verband gezien tussen *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* (YSR18) en *ik denk erover mijzelf te doden* (YSR91) (met een p-

waarde van .000). De vraag *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* (YSR18) hangt ook significant samen met de vraag aan ouder 1, *verwondt zichzelf opzettelijk of probeert zichzelf te doden* (CBCLA18) ($p = .000$) en de vraag, *praat erover zichzelf te willen doden* (CBCLA91) ($p = .000$). Dit geldt ook voor de vragen gesteld aan leerkracht 1. De vraag *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* (YSR18) en *verwondt zichzelf opzettelijk of probeert zichzelf te doden* (TRFA18) heeft een significantie van $p = .037$. Voor de vragen *ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden* (YSR18) en *praat erover zichzelf te willen doden* (TRFA91) was dit $p = .000$. (Tabel 4)

Er werd geen significant verband gevonden voor de vragenlijsten wanneer zijn werden ingevuld door twee ouders.

DISCUSSIE

Uit dit onderzoek komt naar voren dat meisjes vaker scoren op suïcidaliteit dan jongens. Ook vinden we bij meisjes vaker probleemscores op zowel internaliserende- als externaliserende problemen. Het is echter de vraag of suïcidaliteit ook vaker voorkomt bij meisjes dan bij jongens. Er is wel een significant verband gevonden tussen suïcidaliteit en geslacht, hetgeen ook in ander onderzoek werd gevonden.¹⁷ Dit betekent echter niet dat men zich in de hulpverlening m.b.t. suïcidaliteit meer zou moeten richten op meisjes. Meisjes praten misschien eerder over bepaalde problemen dan dat jongens dit doen. Uit een eerder onderzoek blijkt dat er bij vrouwen inderdaad vaker sprake is van suïcidaliteit, maar dat mannen vaker geslaagde suïcidepogingen doen.^{2,4} Verder toont het onderzoek, naar suïcidaliteit bij adolescenten, aan dat adolescenten die in het grens- of klinischgebied scoren in de gedragsvragenlijsten ook vaker scoren op suïcidaliteit.

Ondanks dat de crossinformant correlatie voor de vragenlijsten, op individueel niveau, veelal significant was, scoorden de adolescenten zelf vaker op suïcidaliteit dan hun ouders/verzorgers of hun leerkrachten die de vragenlijst over de adolescent invulde. Met deze bevindingen wordt bevestigd dat de adolescent zelf het beste kan aangeven of er sprake is van suïcidaliteit of niet. Eventuele suïcidaliteit is lang niet altijd bekend bij ouders en leerkrachten. Om de relatie tussen ouder en kind en leerkracht en kind te versterken is het van belang dat ouders en leerkrachten meer bewust zijn/worden van de problemen die er spelen bij de adolescent. Het betrekken van de ouders en leerkrachten bij eventuele suïcidaliteit is dan ook van belang.

Wanneer de vragenlijst door twee ouders werd ingevuld, werd er geen verband gevonden tussen de CBCL, TRF en YSR. Dit kan onder andere verklaard worden door het geringe aantal vragenlijsten dat door twee ouders is ingevuld. Er is een kans dat wanneer men het onderzoek uitvoert in een grotere populatie er ook een verband wordt gevonden tussen

suïcidaliteit en beide ouders. Een andere verklaring voor het niet vinden van een verband kan een discrepantie zijn tussen beide ouders.

De gebruikte gedragsvragenlijsten zijn valide en betrouwbaar en worden veelvuldig ingezet binnen de JGZ. Toch moeten er een aantal kanttekeningen geplaatst worden, bij de data zoals deze is verworven uit de gedragsvragenlijsten voor gebruik binnen dit onderzoek. Ten eerste worden de gedragsvragenlijsten in de JGZ ingezet wanneer men bepaalde problemen vermoedt bij een kind. Het betreft dus een specifieke groep waaraan de gegevens ontleend zijn. Hierdoor kunnen de cijfers uit dit onderzoek niet betrokken worden op de gehele populatie die gezien wordt door de GGD Zuid Limburg.

Ten tweede verschilden het aantal ingevulde vragenlijsten per informant aanzienlijk. Van de adolescent zelf, één ouder en één leerkracht zijn voldoende vragenlijsten ingevuld om een goede analyse te kunnen uitvoeren. Echter, van de tweede ouder en tweede leerkracht zijn naar verhouding erg weinig vragenlijsten ingevuld. Deze gegevens zijn in een aantal gevallen wel meegenomen in het onderzoek. Deze gegevens kunnen een vertekend beeld geven. Deze vertekening zal echter niet heel groot zijn, gezien het geringe aantal vragenlijsten.

Door de kleine steekproef is de kans op een type 2 (bèta) fout groter. Bij een grotere steekproef is er kans op wel een effect op suïcidaliteit en leeftijd en suïcidaliteit en geslacht. Het is dan ook de vraag of de cijfers gevonden in dit onderzoek voor suïcidaliteit en internaliserende- en externaliserende problemen een volledig beeld geven.

Ondanks de kleine populatie blijkt uit dit onderzoek dat een aanzienlijk deel van de adolescenten scoort op suïcidaliteit. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de literatuur. Binnen deze literatuur werd gezien dat tussen de 6,6-11,2% van de adolescenten in de leeftijd 11-17 jaar te maken heeft met suïcidaliteit.⁵

Suïcidaliteit bij adolescenten betreft een maatschappelijk relevant probleem. Indien er geen vroegsignalering plaats vindt, is het niet mogelijk om vroegtijdig te interveniëren op adolescenten die een risico hebben op suïcidaliteit. Binnen de huidige werkwijze van de JGZ is er geen gevalideerde vragenlijst voorhanden om suïcidaliteit bij adolescenten te kunnen herkennen. De gedragsvragenlijsten (YSR, CBCL en TRF) worden niet bij alle adolescenten afgenomen. Binnen de groep waar de gedragsvragenlijsten wel worden afgenomen moet men in ieder geval extra alert zijn op suïcidaliteit als adolescenten scoren in het grens- of klinischgebied.

Er is behoefte aan een gevalideerde vragenlijst m.b.t. suïcidaliteit bij adolescenten. Het vragen naar suïcidaliteit zal niet aanzetten tot suïcidaliteit, integendeel, het geeft enerzijds de informatie over mogelijke suïcidaliteit en anderszijds zal de adolescent opgelucht zijn er open over te kunnen communiceren en het risico op een suïcidepoging doen afnemen.⁴ Het is van belang dat een vragenlijst over suïcidaliteit bruikbaar is in de huidige praktijk van de JGZ,

zodat adolescenten die het risico lopen op suïcidaliteit vroeg en tijdig herkend kunnen worden en toegeleid worden naar de juiste hulpverlening.

CONCLUSIE

Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de adolescenten, binnen de onderzochte populatie, scoort op suïcidaliteit. Voor geslacht en suïcidaliteit kon een matige positief verband worden aangetoond, maar voor leeftijd en suïcidaliteit kon er geen significantie worden aangetoond. Met name wanneer er een score binnen het grens- en klinischgebied op internaliserende- en externaliserende problemen gevonden wordt, verdient het de aanbeveling om extra alert te zijn op suïcidaliteit. De adolescent zelf kan het beste aangeven of er sprake is van suïcidaliteit ondanks dat er veelal een significant verband wordt gevonden tussen de verschillende informant en suïcidaliteit.

In vervolg onderzoek is het vooral noodzakelijk dat we ons richten op het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor suïcidaliteit bij adolescenten. Het vragen naar suïcidaliteit zal niet aanzetten tot suïcidaliteit, integendeel, het geeft enerzijds de informatie over mogelijke suïcidaliteit en anderszijds zal de adolescent opgelucht zijn er open over te kunnen communiceren en het risico op een suïcidepoging doen afnemen.

Echter, de vraag blijft hoe dit screeningsinstrument te implementeren in de huidige praktijk van de JGZ, waardoor adolescenten, die het risico lopen op suïcidaliteit, vroeg en tijdig herkend kunnen worden en toegeleid kunnen worden naar de juiste hulpverlening.

LITERATUUR

1. Junger M, Mesman J, Meeus W. Psychosociale problemen bij adolescenten: prevalentie, risicofactoren en preventie. Van Gorcum; 2003
2. Have ten M, Graaf de R, Dorsselaer van S, Verdurmen J, Land van 't H, Vollebergh W. suïdaliteit onder de algemene bevolking: gedachten en pogingen; Resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS)Utrecht. Trimbos- Instituut; 2007
3. Klink A. Standpunt van de minister van VWS inzake beleidsadvies verminderen van suïdaliteit. Den Haag. Ministerie van VWS; 2007
4. Kerkhof A, Luyn B. Suicidepreventie in de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum; Houten 2010
5. Bool M, Blekman J, Jong de S, Ruiter M, Voordouw I. Beleidsadvies: Verminderen van suïdaliteit. Utrecht. Trimbos-instituut; 2007
6. Griez E., Honig A., van Os J., Verhey F. (2003), Beknopte psychiatrie, Koninklijke van Gorcum BV, Assen
7. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health (2009); The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care, *Pediatrics*, 124;410-421
8. Goodman R (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345
9. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA* 2005; 293(13): 1635-1643
10. 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.
11. Postma S. JGZ-richtlijn: vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven. RIVM, Centrum Jeugdgezondheid; 2008
12. Muris P, Meesters C, van den Berg F (2003) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8
13. Verhulst, F.C., Ende van der, J., Koot, H.M (1996).; *Handleiding voor de CBCL/ 4-18*. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.
14. Verhulst, F.C., Ende van der, J., Koot, H.M (1997).; *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.
15. Verhulst, F.C., Ende van der, J., Koot, H.M (1997).; *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam
16. Achenbach, T.M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current directions in psychological science*, 15, 94-98.

17. Bartels, M., Aa van de , N., Beijsterveldt van, C.E.M. (2011). Adolescent self-report of emotional and behavioral problems: interactions of genetic factors with sex and age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20:1, 35-52.
18. Polit, D.F. & Beck C.T. (2007). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice 8th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer Health.
19. Vocht de, A (2007); *Basishandboek SPSS 14.0*. Bijleveld Press, Utrecht

Tabel 1. % score suïdaliteit per vraag uitgesplitst naar geslacht

	YSR18	YSR91	CBCL18	CBCL91	TRF18	TRF91
Jongen	5.4% (n=130)	7.7% (n=130)	2.0% (n=148)	10.8% (n=148)	0.8% (n=131)	0.8% (n=131)
Meisje	12.7% (n=134)	18.7% (n=134)	7.9% (n=139)	14.4% (n=139)	12.3% (n=106)	5.7% (n=106)
Totaal	9.1% (n=264)	13.3% (n=264)	4.9% (n=287)	12.5% (n=287)	5.9% (n=237)	3.0% (n=237)

YSR18=ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden, YSR 91= ik denk erover mijzelf te doden, CBCL18 en TRF18= verwondt zichzelf opzettelijk of probeert zichzelf te doden, CBCL91 en TRF91= praat erover om zichzelf te doden

Tabel 2. Leeftijd en risico op suïdaliteit

Leeftijd (range)	YSR	CBCL	TRF
12 t/m 14 jaar	11,3% (n=164)	8,4% (n=176)	5,0% (n=149)
15 t/m 18 jaar	11% (n=100)	10,4% (n=111)	3,4% (n=88)

Tabel 3. Scores internaliserende en externaliserende problemen per vragenlijst

	YSR Int. (n=264)	YSR Ext. (n=264)	CBCLA Int. (n=258)	CBCLA Ext. (n=258)	CBCLB Int. (n=33)	CBCLB Ext. (n=33)	TRFA Int. (n=230)	TRFA Ext. (n=230)
< 60 (normaalgebied)	58%	63.2%	45.3%	54.3%	36.4%	45.5%	46.1%	44.7%
60 ≥ 63 (grensgebied)	16.7%	15.5%	13.6%	11.6%	27.3%	3%	19.1%	35%
> 63 (klinischgebied)	25.3%	21.3%	41.1%	34.1%	36.4%	51.5%	34.8%	20.3%

Int. = Internaliserende problemen, Ext.= Externaliserende problemen, CBCLA/ TRFA = vragenlijsten ingevuld door ouder/leerkracht 1, CBCLB = vragenlijst ingevuld door ouder 2

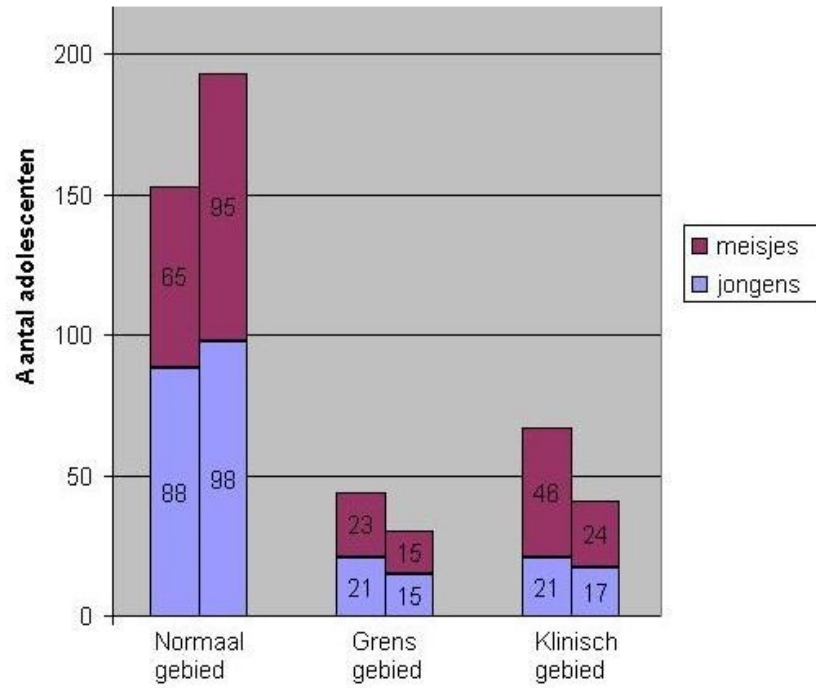
Tabel 4. Cross-informant Correlatie tussen de YSR, CBCL en TRF

		YSR91	CBCLA18	CBCLA91	CBCLB18	CBCLB91	TRFA18	TRFA91
YSR18	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N	,660(**) ,000 264	,333(**) ,000 264	,234(**) ,000 264	-,036 ,854 29	-,064 ,741 29	,141(*) ,037 219	,243(**) ,000 219
YSR91	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N		,199(**) ,002 246	,300(**) ,000 246	-,086 ,656 29	,145 ,454 29	,044 ,515 219	,127 ,061 219
CBCLA18	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N			,228(**) ,000 258	-,036 ,854 29	-,064 ,741 29	,291(**) ,000 219	,201(**) ,003 219
CBCLA91	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N				-,107 ,582 29	,602(**) ,001 29	-,039 ,567 219	-,067 ,325 219
CBCLB18	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N					-,064 ,741 29	-,040 ,846 26	. . 26
CBCLB91	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N						-,072 ,726 26	. . 26
TRFA18	Spearman's Rho Sig. (2-tailed) N							,492(**) ,000 234

YSR18=ik verwond mijzelf opzettelijk of probeer mijzelf te doden, YSR 91= ik denk erover mijzelf te doden, CBCL 18 en TRF 18= verwondt zichzelf opzettelijk of probeert zichzelf te doden, CBCL91 en TRF91= praat erover om zichzelf te doden

* Correlatie is significant voor p.05 (2-zijdig) ** Correlatie is significant voor p.01 (2-zijdig)

Figuur 1. Scores internaliserende- en externaliserende problemen uitgesplitst naar geslacht



SAMENVATTING**Suicidaliteit bij adolescenten: een preliminary study**

Inleiding: Suicidaliteit is een van de psychische problemen waarmee jongeren tijdens de adolescentie te maken kunnen krijgen. In Nederland is suicidaliteit, op verkeersongevallen na, de grootste doodsoorzaak onder adolescenten. Echter, er bestaat in Nederland nog geen nationaal suicide beleid en geen instrument om adolescenten te screenen op suicidaliteit.

Methode: In dit onderzoek is middels de gedragsvragenlijsten YSR, CBCL en TRF gekeken hoe vaak suicidaliteit voorkomt onder adolescenten tussen de 12-18 jaar. Er is een uitsplitsing gemaakt naar geslacht en leeftijd en of deze variabele een verband hebben met suicidaliteit. Verder is er gekeken hoe vaak suicidaliteit voorkomt bij een t-score in het grens- of klinische gebied op internaliserende- en externaliserende problemen. Middels crossinformant correlatie is de samenhang tussen de verschillende gedragsvragenlijsten bekeken.

Resultaten: Gezien wordt dat de adolescenten, meegenomen in dit onderzoek, relatief vaak scoren op suicidaliteit en dat meisjes hier vaker op scoren dan jongens. Er is geen specifieke leeftijd gevonden waarop suicidaliteit vaker voorkomt. Wel werd gezien, dat bij een score in het grens- of klinische gebied op zowel internaliserende- als externaliserende problemen, suicidaliteit relatief vaak voorkomt.

Conclusie: Het onderzoek is gedaan bij een selecte groep adolescenten. Verder onderzoek naar suicidaliteit bij adolescenten is nodig. Van belang is om verder onderzoek te doen naar het vroegtijdig herkennen van suicidaliteit bij adolescenten in de huidige praktijk van de Jeugdgezondheidszorg. Adolescenten kunnen zo vroeg en tijdig verwezen worden naar de juiste hulpverlening.

Trefwoorden: suicidaliteit, adolescenten, gedragsvragenlijsten, internaliserende-externaliserende problemen

ABSTRACT**Suicidality among adolescents: a preliminary study**

Background: Suicidality is one of the main psychological problems among adolescents. Besides trafficaccidents, suicide is one of the major causes of death among adolescents in the Netherlands. However, a national system or screeningsinstrument for suicidality doesn't exist in the Netherlands.

Methods: By means of the behaviorchecklist, YSR, CBCL and TRF, this study examined the occurrence of suicidality among adolescents in the age between 12-18 years. For the variables age and gender it was examined if there was a correlation with suicidality. Also it was examined how many times an adolescent scored for suicidality if there was a score within the borderline- or clinical range for internal- or external problems.

By means of the cross-informant correlation, a correlation between the behaviorchecklists was examined.

Results: Adolescents, examined in this study, relatively frequently scored for suicidality. Girls score more often for suicidality than boys. There was no specific age, adolescents scored higher for suicidality. However, suicidality is relatively frequently scored when there was found a score within the borderline- or clinical range for internal- and externalproblems.

Conclusion: A select group of adolescents was used in this study. Further research for suicidality among adolescent is necessary. It is important further research will be done to the early recognition of suicidality among adolescents within the current practise of youth health care. This way, adolescents can be lead, early and on time, to the right care they need.

Keywords: suicidality, adolescents, behaviorchecklists, internal- and external problems