

---

## Bijlage 9

# Bewijstabellen behandeling

### Toelichting

Voor de volledige literatuurbeschrijvingen van de bronnen, zie 'Literatuur bij deel 3'. Uitleg over classificatie van onderzoek (A1, A2, B, C of D) vindt u in bijlage 7.

### Afkortingen

|           |  |
|-----------|--|
| ADL       | algemene dagelijkse levensverrichtingen  |
| AGREE     | Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (toetsinstrument)                  |
| ANCOVA    | <i>analysis of covariance</i>  |
| BA        | betekenisvolle anderen   |
| BDI       | Beck Depression Inventory  |
| BHS       | Beck Hopelessness Scale  |
| BI        | betrouwbaarheidsinterval (Engels: CI)  |
| BIC       | <i>brief intervention and contact</i>  |
| BPD       | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis)         |
| BPDSI     | Borderline Personality Disorder Severity Index                                       |
| BSI       | Brief Symptom Inventory  |
| CAN       | Camberwell Assessment of Need  |
| CAU       | <i>care as usual</i>   |
| CBT       | <i>cognitive behaviour therapy</i> (Nederlands: CGT)                                 |
| CDRS-R    | Children's Depression Rating Scale-Revised   |
| C-GAS     | Children's Global Assessment Scale   |
| CGI       | Clinical Global Impressions Scale  |
| CGI-I     | Clinical Global Impression Improvement   |
| CGIS      | Clinical Global Impression of Severity   |
| CGT       | cognitieve gedragstherapie (Engels: CBT)   |
| DBT       | <i>dialectical behavior therapy</i> (Nederlands: DGT)                                |
| DGT       | dialectische gedragstherapie (Engels: DBT)   |
| DIBP      | Diagnostic Interview for Borderline Patients   |
| DIBR      | Diagnostic Interview for Borderline, Revised   |
| DSH       | <i>deliberate self-harm</i>  |
| DSM-III-R | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised</i> |
| ECT       | elektroconvulsietherapie   |

|           |   |
|-----------|---|
| EPSIS     | European Parasuicide Study Interviewer Schedule<br>(SES, BHS, BSI, Rosenberg)   |
| EuroQol   | European Index for Quality Of Life  |
| GAF       | Global Assessment of Functioning  |
| GAS       | Global Assessment Scale   |
| GDS       | Geriatric Depression Scale  |
| HADS      | Hospital Anxiety and Depression Scale   |
| HAM-D     | Hamilton Depression Rating Scale (zie ook HRSD)   |
| HRSD      | Hamilton Rating Scale for Depression (zie ook HAM-D)  |
| HS        | Hopelessness Scale (ook: BHS)   |
| IGZ       | Inspectie voor de Gezondheidszorg   |
| IIP       | Inventory of Interpersonal Problems   |
| IMPACT    | Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment<br>(onderzoeksprogramma)   |
| IPT       | <i>interpersonal psychotherapy</i>  |
| IPT-A     | interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve adolescenten  |
| IRR       | <i>incidence rate ratio</i>   |
| ITT       | <i>intention to treat</i>   |
| K-SADS    | Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia   |
| K-SADS-E  | Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia,<br>Epidemiological Version   |
| K-SADS-PL | Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version  |
| LES       | Life Experiences Survey   |
| LPC       | Lifetime Parasuicide Count  |
| MCMI      | Millon Clinical Multiaxial Inventory  |
| MDD       | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)  |
| MRC       | Medical Research Council  |
| MSSI      | Modified Scale for Suicidal Ideation  |
| NIMH      | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)  |
| NSC       | <i>no-suicide contract</i>  |
| NST       | <i>nondirective supportive therapy</i>  |
| PHI       | Parasuicide History Interview   |
| PMQ       | Parasuicide Motivation Questionnaire  |
| POMS      | Profile of Mood Status  |
| PQRST     | Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique  |
| PROSPECT  | Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, Collaborative Trial<br>(onderzoeksprogramma)   |
| PSI       | Problem Solving Inventory   |
| PSWQ      | Penn State Worry Questionnaire  |
| RADS      | Reynolds Adolescent Depression Scale  |
| RCT       | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en<br>controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) |
| RR        | relatief risico   |

---

|          |  |
|----------|--|
| SA       | <i>suicidality assessment</i>  |
| SAS      | Social Adjustment Scale  |
| SAS-SR   | Social Adjustment Scale, Self-Report                                 |
| SBFT     | <i>systemic behavior family therapy</i> (een vorm van SGT)           |
| SBQ      | Social Behavior Questionnaire  |
| SCID     | Structured Clinical Interview for DSM-IV                             |
| SCL-90   | Symptom Check List (90 items)  |
| SCL-90-R | Symptom Check List (90 items), Revised                               |
| SES      | Self-esteem Scale  |
| SES      | sociaaleconomische status  |
| SF-36    | Short-Form Health Survey (korte gezondheidsvragenlijst met 36 items) |
| SFQ      | Social Functioning Questionnaire                                     |
| SFT      | <i>schema-focused therapy</i>  |
| SGT      | systemische gedragstherapie  |
| SIQ-JR   | Suicidal Ideation Questionnaire-Junior                               |
| SIS      | Suicide Intent Scale   |
| SPS      | Suicide Probability Scale  |
| SSI      | Scale of Suicidal Ideation   |
| SSRI     | <i>selective serotonin reuptake inhibitor</i>                        |
| STAI     | State-Trait Anxiety Inventory  |
| TADS     | Treatment for Adolescents With Depression Study                      |
| TAU      | <i>treatment as usual</i>  |
| TFT      | <i>transference-focused psychotherapy</i>                            |
| TUI-FA   | Treatment Utilization Interview, Follow-Along Version                |

## Bewijstabellen

---

### Onderzoek: Alexopoulos et al., 2009

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel         | Het effect van een zorginterventie op suïcide-ideatie en depressie bij ouderen.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• PROSPECT-onderzoek: op indicatie; <i>care manager; monitoring</i>, IPT; follow-up: antidepressiva versus <i>care as usual</i>.</li> </ul>   |
| Populatie    | 60+ met stemmingsstoornis. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerandomiseerd op praktijk interventie groep versus <i>usual care</i>.</li> <li>• Relatief grote groep weigeraars en drop-outs.</li> </ul>  |
| Aantal       | 320 in interventiegroep en 279 in controlegroep.  |
| Follow-up    | 2 jaar.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermindering suïcide-ideatie.</li> <li>• Oddsratio's na 24 maanden MDD 3,2 (1,1-9,5).</li> <li>• De afname van suïcide-ideatie was in de totale interventie groep was 2,1 maal zo groot, echter niet significant. Wel significant bij de patiënten met een MDD.</li> </ul> |
| Beoordeling  | B   |

|          |  |
|----------|--|
| IPT      | Interpersonal Psychotherapy  |
| MDD      | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)   |
| PROSPECT | Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, Collaborative Trial (onderzoeksprogramma)   |
| RCT      | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) |

---

### Onderzoek: Baldessarini et al., 1999

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effect van wel versus niet stoppen met lithium op het verminderen suïcidaal gedrag bij schizofrene en schizoïde patiënten.   |
| Type         | Systematische review van artikelen tussen 1970 en 1996 (meta-analyse van RCT's).   |
| Populatie    | Patiënten met terugkerende affectieve stoornissen die behandeld zijn met lithium.  |
| Aantal       | 28 onderzoeken; meer dan 1.300 patiënten.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stoppen met lithium leidt tot verhoogd suïcide risico.</li> <li>• Stapsgewijs afbouwen verminderde terugkeer van manie, depressie en leek ook vermindering van suïciderisico te brengen.</li> <li>• Dezelfde effecten bij zwangere en niet-zwangere vrouwen.</li> </ul> |
| Beoordeling  | A1<br>43% van de onderzoeken waren RCT's.  |

---

RCT randomised controlled trial (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) (dit onderzoek was een meta-analyse van RCT's)

*Onderzoek: Baldessarini et al., 2003*

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effecten lithium op suïciderisico bij patiënten met depressie.  |
| Type         | Meta-analyse.   |
| Populatie    | Patiënten met een affectieve stoornis.  |
| Aantal       | 16.221 patiënten, 34 onderzoeken.   |
| Uitkomst(en) | Behandeling met lithium leidt tot vermindering van suïcide en suïcidaal gedrag bij patiënten met een unipolaire stoornis. |
| Beoordeling  | A1  |

*Onderzoek: Baldessarini & Tondo, 2010*

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Overzicht van bewijs van effect psychofarmacologie op suïciderisico.   |
| Type         | Overzichtsartikel van systematische analyses.  |
| Populatie    | Depressieve patiënten, bipolaire patiënten, jongeren, ouderen.   |
| Aantal       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 37 onderzoeken naar bipolaire patiënten en lithium: 8 onderzoeken met terugkerende depressie en lithium; 29 ecologische onderzoeken over antidepressiva en vermindering van suïciderisico.</li> <li>• 17 cohortonderzoeken (meer dan 1 miljoen depressieve patiënten); 6 meta-analyses van RCT's over SSRI versus placebo bij depressie.</li> </ul>   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langdurig gebruik van lithium vermindert het suïcide risico bij bipolaire en andere manisch depressieve patiënten. Ook daling geslaagde suïcides met 80%.</li> <li>• 76% minder kans op suïcide en suïcidepogingen bij patiënten met terugkerende depressie die behandeld zijn met lithium.</li> <li>• Ecologische onderzoeken naar de relatie tussen antidepressiva en vermindering van suïcide wijzen niets uit.</li> <li>• Relatie tussen SSRI's en verhoogde kans op suïcide is in negen van de elf onderzoeken niet gevonden.</li> <li>• Vier van de zes onderzoeken vond een vermindering van suïciderisico door behandeling SSRI.</li> <li>• Gepoolde data van relatief korte RCT's bij acute depressie suggereren een verhoogde kans op suïcidepogingen, en toename van suïcide-ideatie bij jongeren. Bij ouderen is een daling van suïcide-ideatie gevonden.</li> <li>• Het effect van antidepressiva op suïcidaal gedrag is niet bewezen. Wel is het aannemelijk dat suïcide-ideatie daalt samen met andere symptomen van depressie bij volwassenen.</li> </ul> |
| Beoordeling  | A1   |

### 384 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: Barak et al., 2006

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Mate van van antidepressivagebruik van suïcidepogers versus niet-pogers, allebei met MDD.    |
| Type         | Retrospectief interventieonderzoek (matched casecontrolonderzoek)                            |
| Populatie    | 65+; gemiddelde leeftijd 76,5; diagnose MDD eenmalig of recidiverend.                        |
| Aantal       | 59 vrouwen, 42 mannen.   |
| Follow-up    | 10 jaar.   |
| Uitkomst(en) | De groep die geen suïcidepogingen had ondernomen, gebruikte significant meer antidepressiva. |
| Beoordeling  | B  |
| MDD          | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)                                   |

---

---

*Onderzoek: Bateman & Fonagy, 1999; 2001*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van dagbehandeling en psychoanalytische behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD).  |
| Type         | RCT; geen blinding; completersanalyse: repeated-measures ANCOVA; Onderzoeksduur 36 maanden; setting: kliniek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventie: dagbehandeling en psychoanalytische behandeling, maximaal 18 maanden behandeling.</li> <li>• Controlegroep: TAU, <i>standard outpatient psychiatric treatment</i>.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: Suicide and Self Harm Inventory.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaten: SCL-90-R, BDI, STAI, SAS, IIP.</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd: gemiddeld 30-33. Sekseratio: vrouw 68% in experimentele groep, 47% in controlegroep. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: BPD (afkapwaarde = 7 op SCID en DIBP).</li> <li>• Exclusie: schizopsychotische stoornissen, bipolaire stoornis, midde-lenmisbruik, psychische stoornis, en organische hersenaandoeningen.</li> </ul>   |
| Aantal       | 38 patiënten voor randomisatie.  |
| Follow-up    | Na 18 maanden (aan het einde van de behandeling).  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering op depressie, suïcidale en zelfbeschadigende gedragingen, minder dagen opgenomen, verbetering interpersoonlijk functioneren. Minder psychofarmacagebruik.</li> <li>• Verbetering op STAI, BDI, SCL90, SAS, IIP.</li> <li>• Resultaten behouden in follow-up na 18 maanden.</li> </ul>   |
| Beoordeling  | B<br>(Kleine aantallen.)   |
| ANCOVA       | <i>analysis of covariance</i>  |
| BDI          | Beck Depression Inventory  |
| BPD          | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis)   |
| DIBP         | Diagnostic Interview for Borderline Patients   |
| IIP          | Inventory of Interpersonal Problems  |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SAS          | Social Adjustment Scale  |
| SCID         | Structured Clinical Interview for DSM-IV   |
| SCL-90-R     | Symptom Check List (90 items), Revised   |
| STAI         | State-Trait Anxiety Inventory  |
| TAU          | <i>treatment as usual</i>  |

**386** Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

**Onderzoek: Bateman & Fonagy, 2008**

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van psychoanalytische dagbehandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD).   |
| Type         | RCT; blinding; completersanalyse: repeated-measures ANCOVA; onderzoeksduur 36 maanden; setting: kliniek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventie: partiële hospitalisatie en psychoanalytische behandeling, maximaal 18 maanden behandeling.</li><li>• Controlegroep: TAU, <i>standard outpatient psychiatric treatment</i>.</li><li>• Primaire uitkomstmaat: Suicide and Self Harm Inventory.</li><li>• Secundaire uitkomstmaat: SCL-90-R, BDI, STAI, SAS, IIP.</li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: gemiddeld 30-33; sekseratio: 68% vrouwen in experimentele conditie, 47% in controlegroep. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: BPD (afkapwaarde = 7 op SCID en DIBP).</li><li>• Exclusie: schizopsychotische stoornissen, bipolaire stoornis, middelgebruik, psychische stoornissen organische hersenaandoening.</li></ul>  |
| Aantal       | 41 patiënten (22 in experimentele conditie en 19 in controlegroep).  |
| Follow-up    | 5-8 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verbetering op depressie, suïcidale en zelfbeschadigende gedragingen, minder dagen opgenomen, verbetering interpersoonlijk functioneren. Minder psychofarmaceutisch gebruik.</li><li>• Verbetering op STAI, BDI, SCL-90-R, SAS, IIP.</li><li>• Resultaten behouden in follow-up na 5 jaar. Betere resultaten op opleiding en werk.</li></ul>   |
| Beoordeling  | B<br>Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; behandelaar geblindeerd: kan niet; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: nee; financiering: niet bekend.  |

---

ANCOVA *analysis of covariance*

BDI Beck Depression Inventory

BPD *borderline personality disorder* (borderline persoonlijkheidsstoornis)

DIBP Diagnostic Interview for Borderline Patients

IIP Inventory of Interpersonal Problems

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

SAS Social Adjustment Scale

SCID Structured Clinical Interview for DSM-IV

SCL-90-R Symptom Check List (90 items), Revised

STAI State-Trait Anxiety Inventory

TAU *treatment as usual*



---

*Onderzoek: Bateman & Fonagy, 2009*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van partiële hospitalisatie en psychoanalytische behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD).   |
| Type         | RCT; met blinding; completersanalyse: repeated-measures ANCOVA; onderzoeksduur 18 maanden; setting: ambulante.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventie: ambulante <i>mentalization-based</i> behandeling; maximaal 18 maanden behandeling.</li> <li>• Controle: TAU standard outpatient psychiatric treatment.</li> <li>• Uitkomstmaat: Suicide attempts and Self Harm.</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 18-65 jaar, gemiddeld 31 jaar; sekseratio: 80% vrouwen.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: persoonlijkheidsstoornissen, SCID I en II en suïcidaal gedrag.</li> <li>• Exclusie: schizo-psychootische stoornissen, bipolaire stoornis, middelenmisbruik, verstandelijke handicap of organische hersenaandoening.</li> </ul>   |
| Aantal       | 134 patiënten.   |
| Follow-up    | 18 maanden   |
| Uitkomst(en) | Significant meer verbetering op suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag en opnamedagen in ziekenhuizen / Significant beter functioneren (GAF-scores), depressie en aanpassing, minder gebruik van psychofarmaca   |
| Beoordeling  | B<br>Randomisatie ja; toewijzing verborgen ja; behandelaar geblindeerd nee; patiënt geblindeerd niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar ja; follow-up voldoende ja; intention-to-treatanalyse ja; financiering: niet bekend.  |

---

ANCOVA *analysis of covariance*  
BPD *borderline personality disorder* (borderline persoonlijkheidsstoornis)  
GAF Global Assessment of Functioning  
RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)  
SCID Structured Clinical Interview for DSM-IV  
TAU *treatment as usual*

### 388 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Onderzoek: *Bonnewijn et al., 2009*

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Suïcidaal gedrag en suicide bij ouderen. <ul style="list-style-type: none"><li>• Risico- en protective factoren.</li><li>• Mogelijke preventiestrategieën.</li></ul>   |
| Type         | Review van artikelen 2000-2009; statische meta-analyse. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: artikelen die onderzoek beschrijven naar 'suicide ideations', 'suicide-related communication', 'suicide related behaviour'.</li></ul>  |
| Populatie    | 50+  |
| Aantal       | N = 29.  |
| Uitkomst(en) | Risicofactoren en correlaties <ul style="list-style-type: none"><li>• Suïcides. Proximale factoren: MDD, psychiatrische ziekten, toename van risico bij meerdere somatische ziekten, middelenmisbruik, financiële problemen, slecht slapen, verweerd of gescheiden, sociale interactie, functionele beperkingen, werkwijziging, onenigheid in de familie, cerebrovasculaire risicofactoren, en eerder suïcidepogingen.</li><li>• Suïcidepogingen:<ul style="list-style-type: none"><li>– MDD, sociale isolatie, eerdere suïcidepogingen, slechte ADL.</li><li>– Meer vrouwen dan mannen.</li><li>– Traumatische ervaringen, geschiedenis van misbruik.</li></ul></li><li>• Suicide-ideatie: is onafhankelijk significant geassocieerd met MDD; hoge leeftijd; ontbreken sociale steun; beperkingen in ADL; lagere opleiding; beperkte sociale participatie en slechte lichamelijke gezondheid.</li><li>• Doodswens: depressie- en angstsymptomen worden gerapporteerd. Na correctie voor depressie blijkt fysiek welbevinden en huwelijksproblemen significant te correleren.</li><li>• Suïcide-intentie:<ul style="list-style-type: none"><li>– suicide-intentie is gecorreleerd met letaliteit van de suïcidepoging. Bij ouderen wordt een hogere suicide intentie gemeld vergeleken met jongere personen.</li><li>– Vooral een hogere letaliteit bij mannen, overall een grotere mate van planning van een suïcide.</li></ul></li></ul> |

- Beschermende factoren:
  - *Sense of belonging* is een beschermende factor, zowel als antecedent factor en als psychologische dimensie. In psychologische zin is deze factor zelfs bij een depressie beschermend.
  - Positieve toekomstoriëntatie bij een depressie verlaagt de suïcide ideatie.
  - De persoonlijkheidstrait Positief affect is beschermend tegen het ontstaan van suïcide ideaties.
  - Hogere sociale status is bij mannen beschermend.
  - Morele bezwaren en zorgen om kinderen zijn beschermend.
  - Positieve emoties zijn beschermend bij chronische somatische problemen.
- Psychologische factoren:
  - Persoonlijkheidskenmerken, vooral narcistische.
  - Wanhoop: risicofactor.
  - Coping: gevoel van inadequate coping geeft verhoogd risico.
  - Attitude tegenover suïcide: geloof kan beschermend werken en relatie/ zorgen om kinderen.
- Dementie: Personen die stierven aan een suïcide met dementie, hadden minder pogingen gedaan dan suïcidanten zonder dementie. Opgenomen dementiepatiënten hebben een lager suïcide risico. Bij dementerende wordt mogelijk een verhoogd risico gemeld vóór een ver gevorderd stadium, waar men nog inzicht heeft in het eigen functioneren en cognitieve achteruitgang.
- Neuropsychologisch functioneren: slecht cognitief kunnen functioneren is significant geassocieerd met suïcidale ideaties en doodswensen; waarschijnlijk is dit geassocieerd met depressie en wanhoop.

---

 Beoordeling B

|     |   |
|-----|---|
| ADL | algemene dagelijkse levensverrichtingen             |
| MDD | major depressive disorder (depressie in engere zin) |

### 390 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Onderzoek: Van den Bosch et al., 2002; 2005; Verheul et al., 2003

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van DGT-behandeling aantonen voor suïcidaleit bij borderline persoonlijkheidsstoornis.   |
| Type         | RCT. Drie onderzoeken van dezelfde populatie. <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: deels.</li><li>• Onderzoeksduur: 12 maanden therapie, 6 maanden follow-up.</li><li>• Setting: Amsterdam, Nederland; ambulante behandelsetting.</li><li>• Interventie: dialectische gedragstherapie (DGT) (12 maanden wekelijks zowel individuele therapie als groepstherapie) overeenkomstig de handleiding van Linehan.</li><li>• Controle: standaardbehandeling (tweemaal per maand individuele therapie)</li><li>• Uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– suïcidedreigingen, plannen en pogingen (BPDSI, <i>parasuicide section</i> oftewel suïcidepoging);</li><li>– pogingen tot zelfverwonding;</li><li>– impulsief gedrag (BPDSI, <i>impulsiviteitssectie</i>);</li><li>– drop-out of treatment;</li><li>– middelenmisbruik.</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 18-70 jaar, gemiddeld 35 jaar; sekseratio: allen vrouw. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: borderline persoonlijkheidsstoornis met of zonder comorbide middelenmisbruik, 18-65/70 jaar, via verwijzers uit ggz en verslavingszorg geworven; woonachtig in Amsterdam en omstreken; al of niet eerder parasuïcidale pogingen ondernomen.</li><li>• Exclusie: bipolaire stoornis; psychotische stoornis; Nederlandse taal onvoldoende machtig; ernstige cognitieve beperkingen.</li></ul>  |
| Aantal       | N = 58 patiënten.  |
| Follow-up    | 6 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• De interventiegroep bleef vaker bij dezelfde therapeut dan de controlegroep. Na behandeling rapporteerde de interventiegroep minder pogingen van zelfverwonding, minder impulsief gedrag en minder alcoholmisbruik, maar dat gold niet voor suïcidepogingen en drugsmisbruik.</li><li>• DBT was vooral effectief bij patiënten die eerder meerdere pogingen van zelfverwonding hebben ondernomen.</li><li>• Zes maanden na behandeling werden de effecten kleiner, maar ze bleven standhouden.</li></ul>   |
| Beoordeling  | A2   |
| BPDSI        | Borderline Personality Disorder Severity Index   |
| DGT          | dialectische gedragstherapie   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |

---

*Onderzoek: Brent et al., 1997 (abstract)*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vergelijking van de effectiviteit van individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) versus <i>systemic behavior family therapy</i> (SBFT) versus individuele <i>nondirective supportive therapy</i> (NST) bij verwezen adolescenten met depressie.  |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventie: 12 tot 16 wekelijkse sessies CGT, hetzij SBFT, hetzij individuele NST.</li> <li>• Uitkomstmaat: depressieve symptomen.</li> </ul>   |
| Populatie    | Adolescenten met diagnose depressieve stoornis.  |
| Aantal       | 107; 78 completers.  |
| Follow-up    | Metingen aan het einde van de therapie, 4 maanden na het begin.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CGT zorgde vergeleken met NST voor een significant lagere mate van depressie (<math>p = 0,02</math>) en een hogere mate van herstel dan SBFT (<math>p = 0,03</math>) of NST (<math>p = 0,04</math>).</li> <li>• Bij CGT is er een snellere afname van depressie (versus beide behandelingen; <math>p = 0,03</math>).</li> <li>• Bij alle behandelingen is er een significante gelijkmatige afname in suïcidaliteit en functionele beperking.</li> <li>• De indruk die de ouders hadden van de geloofwaardigheid van CGT verbeterde vergeleken met hun indruk van SBFT (<math>p = 0,01</math>) en NST (<math>p = 0,05</math>).</li> <li>• CGT is doeltreffender dan SBFT of NST bij depressie van adolescenten in klinische setting: CGT leidt tot een sneller en vollediger behandel-effect.</li> </ul> |

Beoordeling **B**

CGT cognitieve gedragstherapie

NST *nondirective supportive therapy*RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

SBFT systemic behavior family therapy (een vorm van SGT)

SGT systemische gedragstherapie

### 392 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: Brent et al., 2008

---

|           |  |
|-----------|--|
| Doel(en)  | Effectiviteit van vier behandelstrategieën voor adolescenten die resistent waren tegen eerdere behandeling met SSRI bij depressie.   |
| Type      | <p>RCT: 2x2-design.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: ja, medicatie volledig blind, behandeling blinde beoordeelaar (in 64 gevallen is blinding mislukt door patient disclosure).</li><li>• Analyse: ITT + <i>completers</i>.</li><li>• Onderzoeksduur: 2000-2006. Follow-up: 12 weken.</li><li>• Setting: zes academische of algemene klinieken; locatie: Verenigde Staten.</li><li>• Interventie: 12 weken een van de volgende vier interventies:<ul style="list-style-type: none"><li>– overstappen nieuwe SSRI; of:</li><li>– overstappen nieuwe SSRI + cognitieve gedragstherapie (CGT); of:</li><li>– overstappen naar venlafaxine; of:</li><li>– overstappen naar venlafaxine + cognitieve gedragstherapie (CGT).</li></ul></li><li>• Primaire uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– adequate klinische reactie (Clinical Global Impressions-Improvement Subscale score &lt; 3);</li><li>– algemene en symptomatische verbetering (van minstens 50% op de CDRS-R); Het verloop van de CDRS-R in de tijd.</li></ul></li><li>• Secundaire uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– gerapporteerde depressie &amp; suïcidale symptomen (BDI &amp; SIQ-JR);</li><li>– <i>functional status</i> (Children's Global Adjustment Scale).</li></ul></li></ul> |
| Populatie | <p>Klinische patiënten met de diagnose depressieve stoornis; leeftijd: 12-18 (gemiddeld 16 jaar); sekseratio: 70% vrouw.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Baselinekarakteristieken: gemiddeld 16 jaar; 70% vrouw; 82% blank; CDRS-R = 59; Children's Global Adjustment Scale = 51.</li><li>• Inclusie: 12 tot 18 jaar; in behandeling voor depressieve stoornis; ondanks behandeling met SSRI CDRS-R score &gt; 39 &amp; CGIS score &gt; 3; alleen tolerantie voor een dosis gelijk aan 20mg fluoxetine.</li><li>• Exclusie: meer dan 1 adequate trial met SSRI; een geschiedenis van resistentie tegen venlafaxine of CBT; huidige CBT-behandeling; medicatie met psychoactieve bestanddelen; bipolaire stoornis; psychose; pervasieve ontwikkelingsstoornis; autisme; eetstoornis; verslaving of afhankelijkheid; hypertensie; bij vrouwen: zwangerschap; borstvoeding; onveilige seks.</li></ul>   |
| Aantal    | 334.   |
| Follow-up | 12 weken.  |

---

|              |  |
|--------------|--|
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onder CGT + beide medicaties een hogere <i>response rate</i> (CGIS &amp; CDRS-R) dan medicatie alleen (<math>P = 0,009</math>), maar geen verschil tussen twee medicaties (<math>P = .83</math>). Geen behandel-effecten gevonden op zelf gerapporteerde depressie (BDI), suïcide ideatie (SIQ-JR) of functioneren (C-GAS).</li> <li>• Grotere toename van diastolische bloeddruk, hartslag en huidproblemen bij venlafaxine dan SSRI.</li> </ul> |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja (medicatie); behandelaar geblindeerd: voor medicatie; patiënt geblindeerd: voor medicatie; effectbeoordelaar geblindeerd: voor medicatie &amp; behandeling; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: NIMH &amp; Advanced Center for Early-Onset Mood and Anxiety Disorders.</li> </ul>                          |
| BDI          | Beck Depression Inventory  |
| CBT          | Cognitive Behaviour Therapy  |
| CDRS-R       | Children's Depression Rating Scale-Revised   |
| C-GAS        | Children's Global Assessment Scale   |
| CGIS         | Clinical Global Impression of Severity   |
| ITT          | <i>intention to treat</i>  |
| NIMH         | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SIQ-JR       | Suicidal Ideation Questionnaire-Junior   |
| SSRI         | <i>selective serotonin reuptake inhibitor</i>  |

---

### 394 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: Brent, 2009

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Overzicht effectieve behandelingen voor depressie bij suïcidaliteit onder jongeren.   |
| Type         | Overzicht van onderzoeken (geen meta-analyse).  |
| Populatie    | Zie de afzonderlijke onderzoeken.   |
| Aantal       | Zie de afzonderlijke onderzoeken.   |
| Follow-up    | Zie de afzonderlijke onderzoeken.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Het is niet overtuigend aangetoond dat behandelingen voor depressie ook de suïcidaliteit doen verminderen in vergelijking met controle condities. Dit heeft mogelijk te maken met onder andere de uitsluiting van ernstigere suïcidaliteit in RCT's. Alleen in het onderzoek van March (2004) bleek de combinatie van CGT en fluoxetine superieur aan placebo. Epidemiologisch onderzoek lijkt de werkzaamheid bij SSRI's op vermindering van suïcidaliteit te ondersteunen. De geschiktheid van SSRI's bij de behandeling van depressie zou daarnaast sterk opwegen tegen het mogelijke risico op suïcidepogingen dat vaak met SSRI's in verband wordt gebracht (Bridge, 2007).</li><li>• Onderzoeken naar behandelingen voor suïcidaliteit bij adolescenten zijn schaars en de effecten zijn matig. Farmacologische behandelingen voor suïcidaliteit en/of impulsieve agressie zoals lythium, divalproex en neuroleptica zijn veel belovend maar hebben vervelende bijwerkingen. Onderzoeken zullen zich in eerste instantie moeten richten op patiënten bij wie reguliere behandeling geen effect had.</li><li>• Er is een gebrek aan trials waarin patiënten met een hoog suicide risico worden geïncludeerd. Deze populaties worden in het onderzoek vaak vermeden vanwege de zorgen over veiligheid van proefpersonen. Dit begrenst echter de kennis rond de behandeling van suïcidaliteit. Richtlijnen zouden moeten worden ontwikkeld om deze kwetsbare populatie te kunnen includeren in wetenschappelijk onderzoek.</li></ul> |
| Beoordeling  | C   |

---



*Onderzoek: Brown et al., 2004*

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Of cognitieve gedragstherapie effectief is voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.   |
| Type         | Open onderzoek, geen RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventie: wekelijkse CGT sessies gedurende 50 minuten, ambulantly.</li> <li>• Controle: geen controlegroep.</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– SSI (ideatie);</li> <li>– depressie (BDI);</li> <li>– wanhoop (HS);</li> <li>– zelfbeschadiging.</li> </ul> </li> <li>• Blindering: niet van toepassing.</li> <li>• Analyse: pre-posttest.</li> <li>• Onderzoeksduur: 1 jaar.</li> <li>• Setting: ambulantly; locatie: universiteitskliniek.</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 20-55 jaar, gemiddeld = 29 jaar; sekseratio: 88% vrouw. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: BPD (ten minste vier SCID II-symptomen) en suïcidaal gedrag in voorgaande twee maanden.</li> <li>• Exclusie: schizofrenie; psychotische stoornissen; waanstoornissen; verstandelijke beperking. En wanneer men in langdurende psychotherapeutische behandeling was.</li> </ul>   |
| Aantal       | 32.   |
| Follow-up    | 18 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Significante vermindering op alle uitkomstenmaten: ideatie, depressie en wanhoop.   |
| Beoordeling  | C <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: nee; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: nee; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: niet van toepassing; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: toelage van NIMH.</li> </ul>   |
| BDI          | Beck Depression Inventory   |
| HS           | Hopelessness Scale  |
| NIMH         | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)  |
| SCID         | Structured Clinical Interview for DSM-IV  |
| SSI          | Scale of Suicidal Ideation  |

### 396 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: *Brown et al., 2005*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van een behandeling aantonen.  |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: Nee.</li><li>• Onderzoeksduur: 1 à 2 maanden therapie, 18 maanden follow-up (gerekend na baseline).</li><li>• Setting: Philadelphia, Verenigde Staten; ambulante behandelsetting.</li><li>• Interventie: cognitieve gedragstherapie (10 sessies en meer indien gewenst, 1 à 2 keer per week); na behandeling werd actief contact gezocht met de patiënt via e-mail en telefoon; dat varieerde van wekelijks tot maandelijks.</li><li>• Controle: standaardbehandeling; erna werd actief contact gezocht met de patiënt via e-mail en telefoon; dat varieerde van wekelijks tot maandelijks.</li><li>• Bij hoog risico op suïcide werd de patiënt opgenomen.</li><li>• Uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– suïcidepogingen;</li><li>– aantal dagen tot volgende poging;</li><li>– suïcidale gedachten;</li><li>– ernst van depressieve gevoelens (HRSD, Beck Depression Inventory);</li><li>– gevoelens van wanhoop (Beck Hopelessness Scale).</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 18-66 jaar, gem. 35 jaar; Sekseratio: 61% vrouw. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: na opname vanwege een suïcidepoging werden de volgende patiënten geworven: 16 jaar of ouder, Engelse taal voldoende machtig, baselineassessment afgenomen, adressen van twee bekenden beschikbaar.</li><li>• Exclusie: medische behandeling en/of opname in het ziekenhuis nodig.</li></ul>   |
| Aantal       | N = 120.   |
| Follow-up    | 18 maanden.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• De interventiegroep rapporteerde minder suïcidepogingen en minder ernstige gevoelens van depressie (Beck Hopelessness Scale) 18 maanden na baseline vergeleken met de controlegroep.</li><li>• Zes maanden na behandeling rapporteerde de interventiegroep ook minder gevoelens van wanhoop, maar dat was niet meer zichtbaar 18 maanden na baseline.</li><li>• De beide groepen verschilden niet in suïcidale gedachten.</li></ul>  |

|             |  |
|-------------|--|
| Beoordeling | B  |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; Toewijzing verborgen: ?; Behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: deels, niet bij follow-up; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: ?.</li> <li>• Opmerkingen: generalisatie beperkt tot opnames op eerste hulp in een 'zwarte' populatie. Analyses zijn inclusief drop-outs (18 maanden na baseline: 25% in interventie en 34% in controlegroep).</li> </ul> |
| HRSD        | Hamilton Rating Scale for Depression   |
| IPT         | Interpersonal Psychotherapy  |

---

**Onderzoek: Bruce et al., 2004**


---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Het effect van een eerstelijnsinterventie op suïcide-ideatie en depressies bij oudere patiënten.  |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• PROSPECT.</li> <li>• Op indicatie: <i>care manager, monitoring, IPT, follow-up; antidepressiva.</i></li> </ul>  |
| Populatie    | 60+ met stemmingsstoornis. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerandomiseerd op praktijk interventiegroep versus <i>usual care.</i></li> <li>• Relatief grote groep weigeraars en drop outs.</li> </ul> |
| Aantal       | 320 (278).  |
| Follow-up    | 12 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Vermindering van suïcide-ideatie onafhankelijk van de ernst van de depressie (P = 0,005 na acht maanden).   |
| Beoordeling  | B   |
| PROSPECT     | Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, Collaborative Trial (onderzoeksprogramma)  |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)  |

### 398 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: Carter et al., 2007

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vaststellen of sturen van een kaartje naar suïcidepogers recidieven vermindert.  |
| Type         | RCT (Zelen: <i>single consent version</i> ). <ul style="list-style-type: none"><li>• Duur: twee jaar.</li><li>• Setting: Hunter Area Toxicology Service, Australië.</li><li>• Interventie: acht kaartjes werden over een periode van 12 maanden naar suïcidepogers gestuurd.</li><li>• Controle: degenen die geen kaartje kregen.</li><li>• Primaire uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– aantal patiënten dat opnieuw suïcidepoging deed;</li><li>– aantal pogingen per individu;</li><li>– gegevens werden gehaald uit database Hunter Area Toxicology Service.</li></ul></li><li>• Secundaire uitkomstmaat: bedgebruik in dagen.</li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: gemiddeld 33 jaar, geen significant verschil; sekseratio: 68% vrouwen, geen significant verschil. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: 16 jaar of ouder.</li><li>• Exclusie: niet in staat toestemming te geven; gevaar voor interviewer; taalprobleem; geen vaste verblijfplaats; niet voldoen aan inclusiecriteria.</li></ul>   |
| Aantal       | n = 772: controlegroep 394, interventiegroep 378.  |
| Follow-up    | 2 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aantal patiënten dat opnieuw poging deed, was niet significant minder, maar aantal pogingen wel significant minder, namelijk gehalveerd.</li><li>• Na 12 maanden in controlegroep 192 recidieven, in interventiegroep 101 recidieven.</li><li>• Na 24 maanden 310 versus 145 recidieven.</li><li>• Bedgebruik controlegroep 422 dagen versus interventiegroep 183 dagen.</li></ul>   |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; behandelaar geblindeerd: ja; patiënt geblindeerd: ja; effectbeoordelaar geblindeerd: niet van toepassing; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: geen.</li></ul>  |

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

---

*Onderzoek: Cedereke & Ojehagen et al., 2002a; Cedereke et al., 2002b*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Vaststellen effect van telefonische follow-up van suïcidepogers.  |
| Type         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeksduur: februari 1995 tot april 1997.</li> <li>• Setting: University Hospital Lund, Zweden, Medical Emergency Inpatient Unit.</li> <li>• Interventie: tweemaal telefonisch consult door verpleegkundige of sociaal werker na vier en acht maanden, gericht op verhogen van motivatie voor behandeling en adviezen.</li> <li>• Controle: geen telefonisch contact.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat, na 1 en 12 maanden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aantal suïcidepogingen;    – GAF.</li> <li>– CAN;                                – GSI;</li> <li>– SCL-90;                            – SSI;</li> <li>– aantal patiënten dat in behandeling was.</li> </ul> </li> </ul> |
| Populatie    | <p>Mensen die een suïcidepoging hadden ondernomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groepen verschilden niet significant op sociodemografische variabelen.</li> <li>• Interventiegroep scoorde op SSI bij eerste interview significant hoger.</li> </ul>  |
| Aantal       | 216 suïcidepogers die na 1 maand werden gezien en aan wie aangeboden werd om mee te doen, werden verdeeld in 2 groepen: 107 in interventiegroep, 109 controlegroep; door drop-outs geanalyseerd 71 respectievelijk 69.  |
| Follow-up    | Na 12 maanden.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na één en 12 maanden: <ul style="list-style-type: none"> <li>– evenveel suïcidepogingen;</li> <li>– na één en 12 maanden significante verbetering op GAF, GSI en SSI;</li> <li>– patiënten bij aanvang niet in psychiatrische behandeling waren bleken meer te verbeteren;</li> <li>– in beide groepen weinig verbetering in <i>basic</i> en <i>social needs</i>.</li> </ul> </li> </ul>   |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: nee; toewijzing verborgen: nee; behandelaar geblindeerd: niet van toepassing; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: nee; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: nee; financiering: één onafhankelijke instelling ondersteunde het onderzoek.</li> </ul>  |

---

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| CAN    | Camberwell Assessment of Need    |
| GAF    | Global Assessment of Functioning |
| GSI    | Global Severity Index            |
| SCL-90 | Symptom Check List (90 items)    |
| SSI    | Scale of Suicidal Ideation       |

#### 400 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

Onderzoek: *Cipriani et al., 2005*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Meta-analyse van effecten lithium op suïciderisico bij patiënten met depressie.       |
| Type         | Overzichts-artikel van RCT's.   |
| Populatie    | Patiënten met depressie.  |
| Aantal       | 3.458 patiënten; 32 RCT's.  |
| Uitkomst(en) | Lithium is effectief in het verminderen van suïciderisico en zelfbeschadigend gedrag. |
| Beoordeling  | A1  |

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

---

**Onderzoek: Clarkin et al., 2007**

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vergelijking tussen drie behandelingen van borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD): <i>dialectical behavior therapy</i> (DBT), <i>transference-focused psychotherapy</i> (TFT), en een <i>dynamic supportive treatment</i> .   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blinding: ja; assessors: ja, therapeuten voor baselinegegevens.</li> <li>• Analyse: <i>individual growth curve analysis</i> en ITT- en <i>completer analysis</i>.</li> <li>• Onderzoeksduur: één jaar.</li> <li>• Setting: negentien privépraktijken van therapeuten in New York.</li> <li>• Interventie: (1) DBT, (2) TFT en (3) <i>(psycho)dynamic supportive treatment</i>; gedurende 1 jaar; <i>manualized treatments</i>.</li> <li>• Controle: onderling.</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: suïcidaliteit, agressie en impulsiviteit.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: <i>social adjustment</i>.</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 18-50 jaar; sekseratio: 92% vrouwen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 84% eerder suïcidaal gedrag.</li> <li>• Inclusie: patiënten uit de algemene bevolking met een betrouwbare diagnose BPD.</li> <li>• Exclusie: psychose, waanstoornis, delier, dementie, cognitieve stoornissen, huidig middelenmisbruik.</li> </ul>   |
| Aantal       | 90 patiënten.  |
| Follow-up    | Geen.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle drie de behandelingen even effectief.</li> <li>• Vooral DBT en TFT effectief op suïcidaliteit.</li> </ul>  |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie ja; toewijzing verborgen ja; behandelaar geblindeerd, voor resultaten op de baseline meting: ja; patiënt geblindeerd niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar ja; follow-up voldoende geen follow-up; intention-to-treatanalyse ja; financiering: BPD Research Foundation.</li> </ul>   |

---

BPD *borderline personality disorder* (borderline persoonlijkheidsstoornis)

DBT *dialectical behavior therapy* (Nederlands: DGT)

DGT dialectische gedragstherapie (Engels: DBT)

ITT *intention to treat*

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

TFT *transference-focused psychotherapy*

#### 402 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Cuijpers et al., 2008

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Nagaan of er verschillen zijn in de effectiviteit van verschillende vormen van psychotherapie voor depressie bij volwassenen.  |
| Type         | Meta-analyse. <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventie: cognitieve gedragstherapie; niet-directieve ondersteunende psychotherapie; gedragsactivatie; psychodynamische behandeling, probleemoplossingstherapie; interpersoonlijke therapie; socialevaardigheidstraining.</li></ul> |
| Populatie    | Zie de afzonderlijke onderzoeken.  |
| Aantal       | 53 onderzoeken over 2.757 patiënten.   |
| Uitkomst(en) | Alle onderzochte vormen van psychotherapie zijn effectief in de behandeling van depressie en er zijn weinig verschillen hierin tussen de bestudeerde psychotherapieën.   |
| Beoordeling  | A1   |

---

---

##### Onderzoek: Cuijpers et al., 2009

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | De effectiviteit nagaan van medicatie toevoeging aan psychotherapie voor depressie bij volwassenen.  |
| Type         | Meta-analyse. <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventie: psychotherapie versus psychotherapie samen met medicatie (gecombineerde behandeling).</li><li>• Primaire uitkomstmaat: Cohen's d.</li></ul> |
| Populatie    | Zie de verschillende onderzoeken.  |
| Aantal       | 18 onderzoeken over 1.838 patiënten.   |
| Follow-up    | Niet van toepassing.   |
| Uitkomst(en) | Combinatietherapieën zijn iets effectiever dan alleen psychotherapeutische behandeling.  |
| Beoordeling  | A1   |

---

---

##### Onderzoek: De Leo et al., 2002

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Onderzoek van effectiviteit van telefonische crisisdienst voor ouderen.   |
| Type         | Interventieonderzoek; case-controleonderzoek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventie: 24 uren alarmsysteem; wekelijks telefooncontact.</li><li>• Uitkomstmaat: suïcidecijfer (mortaliteitscijfer).</li></ul> |
| Populatie    | 65+   |
| Aantal       | 2.983 mannen; 15.658 vrouwen.   |
| Follow-up    | 11 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• suïcidecijfer (mortaliteitscijfer):<ul style="list-style-type: none"><li>– bij mannen niet significant;</li><li>– bij vrouwen 16,6% (2,0%-59,9%).</li></ul></li></ul>             |
| Beoordeling  | B   |

---



---

*Onderzoek: Drew, 2001*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | NSC's ( <i>no-suicide contracts</i> ) en de kans op zelfbeschadigend gedrag in psychiatrische intramurale instellingen.   |
| Type         | Retrospectief onderzoek. <ul style="list-style-type: none"> <li>Gedurende 6,5 maanden werden data verzameld uit 2 ziekenhuizen.</li> <li>Inclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>primaire diagnose: <i>major mood disorder</i>, schizoaffectieve aandoening, schizofrenie;</li> <li>opnametijd in ziekenhuis van minstens vijf dagen.</li> </ul> </li> </ul>   |
| Populatie    | Patiënten van twee ziekenhuizen in Ohio, waarvan 4,8% met zelfbeschadigend gedrag, een deel van hen met suïcidale intentie.   |
| Aantal       | n = 650 (577 unieke individuen).  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>72% van de contracten waren verbaal, bij 90% van de NSC's waren verpleegkundigen betrokken.</li> <li>31 (4,8%) personen vertoonden zelfbeschadigingsgedrag; 14 van de 31 patiënten had hierbij een suïcidale intentie. In 33% van de patiënten werden NSC gebruikt, in de 31 patiënten met zelfbeschadiging gedrag was dit 65% (n = 20).</li> <li>Meer dan tweederde had matige tot ernstige angst tijdens de opname (in 10% van de records miste data over angst, dus angst werd geëxcludeerd uit de logistische regressies). Patiënten hadden gemiddeld de helft van de tijd in het ziekenhuis dezelfde verpleegkundige.</li> <li>Patiënten met een NSC hadden een zevenmaal grotere kans op zelfbeschadiging gedrag dan patiënten zonder NSC (OR = 7,43; BI 3,26-16,92). Hoe hoger het niveau van restrictie, hoe hoger het risico (OR = 2,47; BI = 1,20-5,09) en consistentie in dezelfde verpleegkundige was niet significant geassocieerd met minder zelfbeschadiging (OR = 0,07; BI = 0,004-1,33)</li> <li>Patiënten met een NSC hadden een vijfmaal grotere kans op suïcide gedrag dan patiënten zonder NSC (OR = 5,53; BI 1,71-17,84).</li> </ul> |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alhoewel NSC's een empirische relatie hebben met zelfbeschadiging-gedrag, is er geen causale rol. Het is waarschijnlijk dat de verpleegkundige en andere klinische staf vaker onderhandelen over een NSC met een patiënt die een hoog risico heeft op suïcide.</li> <li>Er was geen bewijs dat NSC's zelfbeschadiging of suïcidegedrag kunnen voorkomen.</li> <li>Er zijn kleine aanwijzingen dat consistentie in dezelfde verpleegkundige is geassocieerd met een lager risico op zelfbeschadiging bij patiënten.</li> <li>Lage prevalentie van zelfbeschadigingsgedrag.</li> <li>Afhankelijkheid van medische data, wat een risico geeft op onbetrouwbare en incomplete data (retrospectief).</li> </ul>  |

---

NSC      *no-suicide contract*

#### 404 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Evans et al., 1999

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vaststellen effect van telefonische follow-up van suïcidepogers.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• Onderzoeksduur: 1 november 1994 tot 31 juli 1996.</li><li>• Setting: drie ziekenhuizen in Bristol, Verenigd Koninkrijk.</li><li>• Training onderzoekers: dienstdoende assistenten psychiatrie waren telefonisch beschikbaar; geen training vermeld.</li><li>• Interventie: treatment as usual (TAU) + green card, waarmee 24 uur per dag telefonische hulp door psychiater mogelijk was in geval van crisis.</li><li>• Controle: TUA, maar geen green card.</li><li>• Primaire uitkomstmaten: na zes maanden:<ul style="list-style-type: none"><li>– aantal patiënten dat recidiefpoging deed of suïcide pleegde</li><li>– aantal pogingen per individu</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: patiënten opgenomen na een suïcidepoging.</li><li>• Exclusie: woonplaats buiten regio; patiënten die gevaar voor zichzelf of anderen waren.</li><li>• Groepen verschilden niet significant op sociodemografische variabelen.</li></ul>   |
| Aantal       | 826 suïcidepogers die waren opgenomen: 417 greencardgroep, 410 controlegroep.  |
| Follow-up    | 12 maanden.  |
| Uitkomst(en) | Na 1 en 12 maanden: <ul style="list-style-type: none"><li>• in beide groepen evenveel suïcidepogingen en aantal pogingen per individu; ook geen verschil suïcides.</li><li>• green card leek wel enig effect te hebben bij <i>first-overs</i>.</li></ul>   |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; behandelaar geblindeerd: ?; patiënt geblindeerd: ?; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: nee; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: Department of Health ondersteunde het onderzoek.</li></ul>  |

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

TAU *treatment as usual*

---

*Onderzoek: Farrow, 2002*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Waarom verpleegkundigen gebruikmaken van NSC's ( <i>no-suicide contracts</i> ) in plaats van af te gaan op hun eigen expertise.  |
| Type         | Kwalitatief. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methode: de data werden meerdere keren gelezen, wat leidde tot de formulering van een codering frame, codering transcripten en de conceptualisatie van data in verschillende categorieën.</li> <li>• Alle transcripten zijn onafhankelijk gereviewd door twee supervisors, waarna overeenstemming werd bereikt over de thema's die naar voren kwamen.</li> </ul>   |
| Populatie    | Geregistreerde verpleegkundigen die op dat moment werkzaam waren in crisisteams in Nieuw-Zeeland.  |
| Aantal       | N = 9.   |
| Follow-up    | Niet van toepassing.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No-suicide contracts (NSC's) werden gebruikt voor zelfbescherming van de verpleegkundigen. Dit thema kwam het meeste voor. De verpleegkundigen voelden de druk van niet-verpleegkundigen en van buiten om beoordeeld te worden op hun assessment van het risico op suïcide</li> <li>• NSC's hebben een <i>life of their own</i> gekregen. Iedereen rapporteerde nooit formele training of educatie over NSC's te hebben gekregen.</li> <li>• Gebrek aan middelen. Sommigen verpleegkundigen rapporteerden dat door een gebrek aan andere middelen een NSC frequent wordt gebruikt. Een NSC wordt gezien als een <i>stop-gap</i>-methode in een crisissituatie.</li> </ul> |
| Beoordeling  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleinschalige onderzoek.</li> <li>• Twee verpleegkundigen gebruikten geen NSC en het zou kunnen dat andere verpleegkundigen niet mee wilden doen aan het interview omdat zij ook geen NSC gebruiken.</li> </ul>   |

NSC *no-suicide contract*

---

*Onderzoek: Fiske, 2000*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Onderzoek naar de effecten van telefonische hulpverlening.  |
| Type         | Interventieonderzoek; case-serieonderzoek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonische ondersteuning; huisbezoeken; 24 uren hotline.</li> </ul> |
| Populatie    | 58-97 jaar.   |
| Aantal       | 148 cliënten in de servicegroep, 70 in de controlegroep.  |
| Follow-up    | 12 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Significante reductie in wanhoop, geen reductie in depressie noch toename van tevredenheid met het leven.   |
| Beoordeling  | C   |

---

**406** Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

*Onderzoek: Fleischmann et al., 2008*

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Vaststellen of aansluitende zorg en follow-up op korte termijn tot vermindering van suïcides leidt.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeksduur: januari 2002 tot oktober 2005; instroom tot april 2004, follow-up na 18 maanden.</li> <li>• Setting: acht ziekenhuizen in vijf landen: Brazilië, India, Sri Lanka, Iran en China.</li> <li>• Training onderzoekers: dokters, verpleegkundigen en psychologen met <i>clinical experience</i> waren uitvoerders.</li> <li>• Interventie: <i>brief intervention and contact</i> (BIC) = "patient information, education and practical advice"; 1 uur informatief interview en 9 telefonische of poliklinische contacten</li> <li>• Controle: treatment as usual (TAU)</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: overlijden door suïcide na 18 maanden.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: overlijden door welke oorzaak dan ook.</li> </ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: alle suïcidepogers die op SEH werden gezien.</li> <li>• Exclusie: degenen die weigerden of tegen advies vertrokken; klinisch slechte conditie of overleden op SEH; taalprobleem; woonplaats buiten regio.</li> <li>• Geen significante sociodemografische verschillen tussen TAU- en BIC-groep.</li> </ul>   |
| Aantal       | n = 1.867. Geanalyseerd: TAU 827 en BIC 872.  |
| Follow-up    |   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAU 2,2% overleden door suïcide, BIC 0,2 (p &lt; 0,001).</li> <li>• TAU 2,7% overleden door welke oorzaak dan ook, BIC 1,3 p &lt; 0,04).</li> </ul>  |
| Beoordeling  | <p>B</p> <p>Ondanks dat precieze beschrijving van de interventie ontbreekt en behandelaars niet blind konden zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; Behandelaar geblindeerd: nee; Patiënt geblindeerd: ja; Effectbeoordelaar geblindeerd: ja; Interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; Follow-up voldoende: ja; Intention-to-treatanalyse: ja; Financiering: WHO.</li> </ul>  |
| BIC          | <i>brief intervention and contact</i>   |
| TAU          | <i>treatment as usual</i>   |

---

*Onderzoek: Giesen-Bloo et al., 2006*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | De effectiviteit van <i>schema-focused therapy</i> (SFT) versus <i>transference-focused psychotherapy</i> (TFP) bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.  |
| Type         | Gerandomiseerde trail. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicenter-, gerandomiseerd tweegroependesign in vier algemene ggz-instellingen in Nederland (Amsterdam, Leiden, Den Haag, Maastricht).</li> </ul>  |
| Populatie    | Patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (volgens de Borderline Personality Disorder Severity Index, vierde versie), met een score die hoger was dan de vooraf gestelde afkapscore. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data zijn voorhanden van 44 patiënten gerandomiseerd tot schemagerichte therapie (SFT) en 42 patiënten met psychodynamische <i>transference-focused psychotherapy</i> (TFP).</li> <li>• Sociodemografische kenmerken van de deelnemers waren gelijk bij baselinemeting.</li> </ul>   |
| Aantal       | 88 patiënten.  |
| Follow-up    | 3 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Survivalanalyses lieten een hoger drop-outrisico zien voor TFP-patiënten vergeleken met SFT-patiënten (<math>P = 0,01</math>).</li> <li>• Significante verbetering op alle uitkomstmaten voor beide therapieën werden gevonden na één, twee en drie behandeljaren. Na drie jaar behandeling lieten meer SFT-patiënten herstel of klinische verbetering zien op de Borderline Personality Disorder Severity Index (relatief risico = 2,33; <math>P = 0,009</math>). Deze patiënten verbeterden ook meer op algemene psychopathologische disfuncties en metingen van SFT- en/of TFP-persoonlijkheidsconcepten (<math>P = 0,001</math>).</li> <li>• SFT-patiënten lieten een grotere verbetering zien in kwaliteit van leven.</li> </ul> |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen ja; behandelaar geblindeerd: kan niet; patiënt geblindeerd: kan niet; effectbeoordelaar geblindeerd ?; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: grant OG-97.002 Nederlandse Gezondheidszorg Verzekeringsraad. d. De Nederlandse stichting voor geestelijke gezondheid financierde de training van therapeuten.</li> </ul>   |

SFT *schema-focused therapy*TFP *transference-focused psychotherapy*

#### 408 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Onderzoek: Goodyer et al., 2007

|           |  |
|-----------|--|
| Doel(en)  | Kortetermijneffect van <i>selective serotonin reuptake inhibitor</i> (SSRI) & cognitieve gedragstherapie (CGT) met klinische zorg in vergelijking met alleen SSRI & klinische zorg bij adolescenten met een matige tot ernstige depressieve stoornis.  |
| Type      | RCT (SSRI + CGT + klinische zorg versus SSRI + klinische zorg). <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: ja.</li><li>• Analyse: ITT.</li><li>• Onderzoeksduur: 2000-2004.</li><li>• Setting: 6 poliklinische afdelingen; Locatie: Manchester &amp; Cambridge, Verenigd Koninkrijk.</li><li>• Interventie: SSRI, gebruikelijke zorg &amp; CGT (12 weken wekelijks, 12 weken tweewekelijks; totaal 19 sessies)</li><li>• Controle: SSRI, gebruikelijke zorg (9 poliklinische sessies gedurende 28 weken).</li><li>• Duur trial: 12 weken + 16 weken nazorg.</li><li>• Primaire uitkomstmaat: verandering in score op <i>Health of the Nation outcome scales for children and adolescents</i> bij 12 en 28 weken.</li><li>• Secundaire uitkomstmaten: verandering in score op Mood and feelings questionnaire; CDRS-R; CGAS; CGI-I &amp; Suïcidaliteit op de K-SADS-PL depression section.</li></ul> |
| Populatie | Leeftijd: 11-17 (mediaan 14); Sekseratio: 73%/75%.<br>(Baselinekarakteristieken: zie Populatie en Aantal). <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: 11-17 jaar; depressieve stoornis; score Health of the Nation outcome scales for children and Adolescents &gt; 6; suïcidale patiënten; DSH; depressieve psychose; aanpassingsstoornis.</li><li>• Exclusie: schizofrenie; bipolaire stoornis; noodzaak voor onmiddellijke opname; zwangerschap; onbetrouwbaar gebruik van anti-conceptie; algemeen leerstoornis; eerdere gevoeligheid of allergie voor SSRI; medicatie dat SSRI zou kunnen beïnvloeden; medische contra-indicatie; eerdere behandeling met SSRI en CGT zonder effect.</li></ul>   |
| Aantal    | 208 adolescenten met matige tot ernstige depressieve stoornis (interventie: 105; controle: 103).   |
| Follow-up | 28 weken.  |

|              |  |
|--------------|--|
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandel-effectiviteit 12 weken: -0,64 (95%-BI -2,54-1,26; P = 0,50).</li> <li>• Longitudinaal geen verschil in behandel-effectiviteit voor primaire en secundaire uitkomstmaten.</li> <li>• Gemiddeld een afname suïcidale gedachten en DSH. Geen aanwijzing voor beschermend effect van CGT op suïcidale gedachten of gedragingen.</li> <li>• Behandel-effectiviteit 28 weken: 57% verbeterd (61% SSRI-groep versus 53% SSRI+CGT-groep sterk verbeterd).</li> <li>• 20% niet verbeterd.</li> <li>• Geen verschil tussen beide groepen.</li> </ul> |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen nee; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; followup voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: NHS (HTA Central Manchester) &amp; NHS Trust (Manchester Children's University Hospitals) &amp; Cambridge and Peterborough Mental Health Trust.</li> </ul>   |

|           |   |
|-----------|---|
| CDRS-R    | Children's Depression Rating Scale-Revised                |
| CGAS      | Children's Global Assessment Scale                        |
| CGI-I     | Clinical Global Impression Improvement                    |
| CGT       | cognitieve gedragstherapie                                |
| DSH       | Deliberate Self-Harm                                      |
| ITT       | <i>intention to treat</i>                                 |
| K-SADS    | Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia |
| K-SADS-PL | Kiddie-SADS-Present and Lifetime Version                  |
| SGT       | systemische gedragstherapie                               |
| SSRI      | <i>selective serotonin reuptake inhibitor</i>             |

---

**Onderzoek: Gray & Otto, 2001**


---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Interventies voor vermindering van psychosociale risicofactoren voor suïcide in bipolaire stoornis.   |
| Type         | Meta analyse.   |
| Populatie    | Patiënten met bipolaire stoornis.   |
| Aantal       | 17 RCT's.   |
| Uitkomst(en) | Drie interventies bleken effectief in verminderen van psychosociale risicofactoren voor suïcide in bipolaire stoornissen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• interventies gericht op het invoeren van acute hulp in tijden van crisis door patiënten zelf;</li> <li>• trainingen in probleemoplossingvaardigheden;</li> <li>• de combinatie van trainingen in probleemoplossingvaardigheden met intensieve en herhaalde oefening in cognitieve, sociale en emotionele interpretatie, en vaardigheden om met spanning om te gaan.</li> </ul> |
| Beoordeling  | A1  |

---

#### 410 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Guthrie et al., 2001

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vaststellen of verbetering van compliance mogelijk is door follow-up van suïcidepogers thuis.  |
| Type         | RCT <ul style="list-style-type: none"><li>• Setting: University Hospital; Locatie: Verenigd Koninkrijk.</li><li>• Training onderzoekers: <i>nurse therapists</i> voerden therapeutische interventie uit.</li><li>• Interventie: <i>treatment as usual</i> (TAU) + vier <i>brief psychodynamic therapy sessies thuis</i>. Begon na 1 week na suïcidepoging.</li><li>• Controle: TAU.</li><li>• Uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– aantal patiënten dat zelf rapporteerde opnieuw suïcidepoging te hebben gedaan.</li><li>– Scale of Suicidal Ideation (SSI).</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: suïcidepogers 18-65 jaar.</li><li>• Exclusie: taalprobleem; woning buiten regio; geen huisarts; niet psychiatrisch opgenomen.</li></ul>  |
| Aantal       | n = 119.   |
| Follow-up    | 6 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Interventiegroep significant minder suïcidepogingen en significant lagere score op SSI.  |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: niet bekend; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; 6 maanden; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: Regional Health Authority.</li></ul>   |

---



---

*Onderzoek: Guzetta et al., 2007*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effecten lithium op suïciderisico bij patiënten met depressie.   |
| Type         | Meta-analyse.  |
| Populatie    | Patiënten met depressie.   |
| Aantal       | 329 patiënten; 8 onderzoeken.  |
| Uitkomst(en) | <p>Lithium leidde tot een viervoudig verminderd risico op suïcide en suïcidepogingen bij patiënten met een depressie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Incidence rate ratio</i> (IRR) 8,71 (95%-BI 2,10-77,2; p = 0,0005), wat wijst op 88,5% minder risico op suïcidale handelingen met versus zonder lithium.</li> <li>• De samengevoegde risk ratio's waren in het voordeel van lithium: RR = 4,24 (95%-BI 1,49-12,0; p = 0,007).</li> <li>• De samengevoegde suïcidecijfers waren voor lithium: 0,33% per jaar; versus zonder lithium: 22,2% per jaar: een vermindering van 85%.</li> </ul> <p>Conclusie: dit is de eerste meta-analyse die antisuïcidale effecten suggereert van lithium bij een recidiverende depressieve stoornis, vergelijkbaar in grootte met die van bipolaire stoornissen.</p> |

|             |    |
|-------------|----|
| Beoordeling | A1 |
|-------------|----|

|    |                                       |
|----|---------------------------------------|
| BI | betrouwbaarheidsinterval (Engels: CI) |
|----|---------------------------------------|

|     |                             |
|-----|-----------------------------|
| IRR | <i>incidence rate ratio</i> |
|-----|-----------------------------|

|    |                 |
|----|-----------------|
| RR | relatief risico |
|----|-----------------|

#### 412 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: *Hawton et al., 1998*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effect van behandelingen tegen zelfbeschadigend gedrag (DSH).   |
| Type         | Systematische review.   |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie:<ul style="list-style-type: none"><li>– deelnemers van de onderzoek hebben zelfbeschadigend gedrag vertoond (zelfvergiftiging of zelfbeschadiging) vlak voor de trial;</li><li>– een uitkomstmaat van de onderzoek moet zijn of deelnemers zelfbeschadigend gedrag hebben herhaald;</li><li>– deelnemers van de onderzoek zijn gerandomiseerd in een behandel- en controlegroep.</li></ul></li></ul>   |
| Aantal       | N = 20 geïncludeerde onderzoeken; deze bevatten data van in totaal 2.452 gerandomiseerde deelnemers.  |
| Follow-up    | Follow-upperiode liep van minimaal 16 weken tot 24 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• De odds ratio's (alle vergelijkingen zijn met standaardzorg) lieten een verminderde herhaling zien van zelfbeschadigend gedrag voor probleemoplossende therapie (0,73; 95%-BI 0,45-1,18) , bij het aanbieden van een noodcontact kaart naast standaardzorg (0,45; 95%-BI 0,19-1,07), bij intensieve nazorg met outreach (0,83; 95%-BI 0,61-1,14), en 1,19 (95%-BI 0,53-2,67) voor antidepressiva vergeleken met placebo.</li><li>• Significante vermindering werd geobserveerd bij depot flupentixol versus placebo in multiple repeaters (0,09; 95%-BI 0,02-0,50) en voor dialectische gedragstherapie versus standaard nazorg (0,24; 95%-BI 0,06-0,93).</li></ul> |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"><li>• Opmerkingen: de resultaten van deze systematic review laten zien dat er onvoldoende bewijs is om degelijke aanbevelingen te doen over de meest effectieve vorm van behandeling voor patiënten die recent zelfbeschadigend gedrag vertoonden.</li></ul>   |

---

DSH *deliberate self-harm*

---

*Onderzoek: Van Heeringen et al., 1995*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vaststellen of verbetering van compliance mogelijk is door follow-up van suïcidepogers thuis.  |
| Type         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospectief onderzoek.</li> <li>• Onderzoeksduur: 1 januari 1987 tot 31 december 1990.</li> <li>• Setting: A&amp;E department, universteitsziekenhuis.</li> <li>• Locatie: Gent, België.</li> <li>• Training onderzoekers: eerste beoordeling en na één jaar door assistenten (test-retest was excellent); speciaal opgeleide verpleegkundigen.</li> <li>• Interventie: <i>special care</i> (SC), non-compliant patiënten werden thuis bezocht (kon nog tweemaal herhaald worden als patiënt niet compliant bleef); n = 258.</li> <li>• Controle: <i>usual care</i> (UC); n = 258.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: aantal patiënten dat op afspraken kwam.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaten/-maat: Sociodemografisch, leeftijd, methode suïcidepoging, psychiatrische diagnose en behandelvoorgeschiedenis.</li> </ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: 15 jaar of ouder; wonend in Gent en omgeving; opgenomen in ziekenhuis, behalve die op de <i>intensive care unit</i>.</li> <li>• Sociodemografische gegevens van geïnccludeerde en geëxcludeerde patiënten: geen verschillen.</li> </ul>   |
| Aantal       | n = 516 (interventie: n = 258; controle: n = 258).   |
| Follow-up    | 1 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal patiënten dat op afspraken kwam na huisbezoek, SC groep, steeg significant ten opzichte van UC-groep.</li> <li>• Aantal recidieven bij SC groep minder dan UC, maar net niet significant (p = 0,056).</li> <li>• Onder de groep compliante patiënten die huisbezoek kregen géén recidieven.</li> <li>• Sociodemografisch, leeftijd, methode suïcidepoging, psychiatrische diagnose en behandelvoorgeschiedenis: geen verschillen.</li> </ul>   |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; Toewijzing verborgen: ja; Behandelaar geblindeerd: nee; Patiënt geblindeerd: nee; Effectbeoordelaar geblindeerd: ja; Interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; Follow-up voldoende: ja; Intention-to-treatanalyse: nee; Financiering: één onafhankelijk instituut.</li> </ul>   |

---

A&E accident & emergency

SC *special care*

UC *usual care*

#### 414 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Heisel et al., 2009

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | IPT om sociale functioneren te verbeteren naast bestaande behandeling, bij ouderen met verhoogd suïciderisico. |
| Type         | Interventieonderzoek; case-serieonderzoek.   |
| Populatie    | 60+  |
| Aantal       | 11.  |
| Follow-up    | 16 weken.  |
| Uitkomst(en) | Reductie van <i>suicidal ideation score</i> (P = 0,01).  |
| Beoordeling  | C  |

---

IPT *interpersonal psychotherapy*

##### Onderzoek: Hennen & Baldessarini, 2005

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Vergelijken van het effect van clozapine met andere medicatie op het verminderen van suïcidaal gedrag bij psychotische patiënten.   |
| Type         | Meta-analyse.   |
| Populatie    | Psychotische patiënten behandeld met clozapine of andere medicatie.   |
| Aantal       | Zes onderzoeken.  |
| Uitkomst(en) | Gepoolde data suggereren dat suïcidepogingen bij psychotische patiënten behandeld met clozapine 3,3 keer zo weinig voorkomen.   |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>Slechts één onderzoek was een RCT. In dat onderzoek werd het effect van clozapine op suïcide niet gevonden. Meer RCT's zijn nodig om echt een uitspraak te kunnen doen.</li></ul> |

---

---

*Onderzoek: Hickey et al., 2001*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kenmerken vaststellen van suïcidepogers die niet werden beoordeeld (geen <i>psychiatric assessment</i>).</li> <li>2. Vaststellen of <i>psychiatric en psychosocial assessment</i> van suïcidepogers effect heeft op recidieven.</li> </ol>  |
| Type         | <p>Naturalistisch follow-uponderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting: A&amp;E department, general hospital Oxford, Verenigd Koninkrijk.</li> <li>• Training onderzoekers: <i>psychiatric team</i> (verder niet beschreven).</li> <li>• Interventie: wel beoordeeld.</li> <li>• Controle: niet beoordeeld.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: de kans op een recidief suïcidepoging en kans op suïcide.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: kenmerken van wel of niet-beoordeelde suïcidepogers.</li> </ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: DSH-patiënten.</li> <li>• Exclusie: daklozen, en degenen die onder psychiatrische behandeling waren.</li> </ul>  |
| Aantal       | Aantal: n = 246: 145 niet-beoordeeld, 101 wel.  |
| Follow-up    | 12 maanden; ook nog na 4 en 6 jaar middels <i>monitoring system</i> .   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De groep 20-34-jarigen werd minder vaak beoordeeld.</li> <li>• <i>Repeaters</i> significant vaker niet beoordeeld.</li> <li>• Zelfvergiftiging significant vaker niet beoordeeld.</li> <li>• Tussen 17.00 en 9.00 uur vaker niet beoordeeld.</li> <li>• 'Lastig' gedrag en degenen die snel weggingen: significant vaker niet beoordeeld.</li> <li>• Niet beoordeelde patiënten: tweemaal zo vaak recidieven binnen 12 maanden.</li> </ul>   |
| Beoordeling  | <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: nee; Toewijzing verborgen: nee; Behandelaar geblindeerd: niet van toepassing; Patiënt geblindeerd: niet van toepassing; Effectbeoordelaar geblindeerd: nee; Interventie- en controlegroep vergelijkbaar: nee, maar dat was juist onderwerp van het onderzoek; Follow-up voldoende: ja; Intention-to-treatanalyse: niet van toepassing; Financiering: één onafhankelijke instelling ondersteunde het onderzoek.</li> </ul>                                       |

---

A&E accident & emergency

DSH *deliberate self-harm*

#### 416 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Kapur et al., 2002

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effect op recidieven van: opname, <i>psychosocial assessment</i> en verwijzing voor follow-up van suïcidepogers.   |
| Type         | Prospectief cohortonderzoek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Onderzoeksduur: Niet vermeld.</li><li>• Setting: A&amp;E van zes ziekenhuizen; locatie: Verenigd Koninkrijk.</li><li>• Training onderzoekers: niet vermeld.</li><li>• Interventie: suïcidepogers wel beoordeeld.</li><li>• Controle: niet beoordeeld.</li><li>• Primaire uitkomstmaat: de kans op een recidiefsuïcidepoging.</li></ul>  |
| Populatie    | Leeftijd: 16 jaar of ouder; sekseratio: niet vermeld. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: alle suïcidepogers</li></ul>   |
| Aantal       | n = 604.   |
| Follow-up    | 12 weken.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• 10% van de beoordeelde suïcidepogers deed recidief poging, 18% van de niet-beoordeelden; kans op recidief de helft van die van niet-beoordeelden.</li><li>• Bij degenen die werden opgenomen of verwezen was de kans op herhaling niet erg verschillend.</li></ul>   |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: nee; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: niet van toepassing; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ?; intention-to-treatanalyse: niet van toepassing; financiering: twee personen werden bekostigd met een subsidie van een farmaceutisch bedrijf.</li></ul> |

---

---

*Onderzoek: Kapur et al., 2004*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vaststellen effect op recidieven van <i>psychosocial assessment</i> en verwijzing voor follow-up van suïcidepogers.  |
| Type         | Naturalistisch cohortonderzoek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderzoeksduur: november 1999 tot maart 2000.</li> <li>• Setting: A&amp;E van vier ziekenhuizen, Verenigd Koninkrijk.</li> <li>• Training onderzoekers: <i>junior psychiatrists</i>.</li> <li>• Interventie: suïcidepogers wel beoordeeld.</li> <li>• Controle: niet beoordeeld.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: de kans op een recidief suïcidepoging binnen zes maanden.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: kans op recidief bij beoordeelde suïcidepogers niet verschillend van die bij de niet beoordeelde.</li> </ul> |
| Populatie    | • Inclusie: alle suïcidepogers 16 jaar of ouder.   |
| Aantal       | n = 658.   |
| Follow-up    | 6 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Bij degenen die werden verwezen naar specialistische follow-up was de kans op herhaling de helft minder.   |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: nee; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: niet van toepassing; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ?; intention-to-treatanalyse: niet van toepassing; financiering: één persoon werden bekostigd met een subsidie van een farmaceutisch bedrijf.</li> </ul>   |

---

*Onderzoek: Lapierre et al., 2007*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | De invloed van een workshop 'persoonlijke doelen' op gepensioneerden met suïcide-ideatie.   |
| Type         | Interventieonderzoek, case-controlonderzoek.  |
| Populatie    | Gepensioneerden, 50-65 jaar.  |
| Aantal       | 11 (interventiegroep) (10: controlegroep).  |
| Follow-up    | 9 maanden.  |
| Uitkomst(en) | Significante verbetering op depressie en welbevinden, hoop, gerealiseerde doelen, flexibiliteit en houdingen ten opzichte van pensionering. |
| Beoordeling  | B   |

---

#### 418 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Lin et al., 2003

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | De invloed van verbeterde zorg bij depressie op pijn en functionele uitkomsten bij ouderen met een depressie en artritis.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• Onderzoeksprogramma IMPACT.</li><li>• Uitkomstmaten: depressiescores; pijn; ADL.</li></ul>   |
| Populatie    | Ouderen 60 + met MDD of dysthymie met pijn en artritis.   |
| Aantal       | N = 1.001 (495 in controlegroep; 506 in interventiegroep).  |
| Follow-up    | 12 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Behandeling van de depressie gaf een significante reductie van de pijn: P = 0,009.</li><li>• Significante verbetering van de ADL: P = 0,004 en P = 0,002.</li></ul> |
| Beoordeling  | A2  |
| ADL          | algemene dagelijkse levensverrichtingen   |
| IMPACT       | Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (onderzoeksprogramma)  |
| MDD          | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)  |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)  |



*Onderzoek: Linehan et al., 1991 en 1993*

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effectiviteit van DBT bij vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.  |
| Type         | RCT na matching en naturalistische follow-up. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blindering: enkel.</li> <li>• Analyse: alleen <i>completers</i>.</li> <li>• Onderzoeksduur: twee jaar.</li> <li>• Setting: individueel.</li> <li>• Interventie: DBT, wekelijkse individuele psychotherapie en vaardigheidstraining, gegeven als groepstraining. De interventie duurde een jaar.</li> <li>• Controle: TAU. Willekeurige therapievorm die voorhanden was in de omgeving van de patiënt.</li> <li>• Uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Parasuicide History Interview;</li> <li>– Treatment History Interview;</li> <li>– STAS;</li> <li>– SAS-R;</li> <li>– BDI;</li> <li>– SSI;</li> <li>– BHS;</li> <li>– Reasons for Living.</li> </ul> </li> </ul> |
| Populatie    | Vrouwen 18-45 jaar. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: BPD en 2 eerdere suïcidepogingen in laatste 5 jaar, een ervan in laatste 8 weken.</li> <li>• Exclusie: schizofrenie, bipolaire stoornis, afhankelijkheid van middelen, verstandelijke beperking.</li> </ul>  |
| Aantal       | 22 in de experimentele groep en 22 in de controlegroep.   |
| Follow-up    | 1 jaar.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• In follow-up minder suïcidepogingen per persoon, minder medisch risico, en minder opnamedagen.</li> <li>• DBT leidde tot langere therapietrouw.</li> <li>• Betere social adjustment; betere GAS-scores, werkperformance; gedurende de eerste 6 maanden van de follow-up minder suïcidepogingen per persoon, kwaadheid; 2e halfjaar geen verschillen meer.</li> <li>• Originele onderzoek: geen verschillen in suïcide-ideatie, depressie, wanhoop en Reasons for Living.</li> </ul>  |

#### 420 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

Beoordeling B

- Randomisatie ja; toewijzing verborgen: nee; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: niet van alle personen follow-up data, ongeveer van de helft, en alleen van parasuïcidaal gedrag complete data; intention-to-treatanalyse: nee, géén compensatie voor missing data; financiering: NIMH.

---

|       |  |
|-------|--|
| BDI   | Beck Depression Inventory  |
| BHS   | Beck Hopelessness Scale  |
| BPD   | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis) |
| DBT   | <i>dialectical behavior therapy</i> (Nederlands: DGT)                        |
| GAS   | Global Assessment Scale  |
| NIHM  | National Institute of Mental Health  |
| SAS-R | Social Adjustment Scale, Self-Report   |
| SSI   | Scale of Suicidal Ideation   |
| STAS  | State-Trait Anger Scale  |
| TAU   | <i>treatment as usual</i>  |

---

*Onderzoek: Linehan et al., 2006*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Bewijzen dat effect van DBT is toe te schrijven aan DBT en niet aan algemene psychotherapiefactoren en/of algemene expertise.  |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Matched to treatment condition</i> op 5 prognostische factoren.</li> <li>• Blinding: deels.</li> <li>• Analyse: ITT.</li> <li>• Onderzoeksduur: een jaar behandeling en een jaar follow-up.</li> <li>• Setting: university outpatient clinic en community practice, Seattle.</li> <li>• Interventie: een jaar ambulante DBT.</li> <li>• Controle: een jaar gangbare behandeling door deskundigen.</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– suïcidaal gedrag: SASI; SBQ;</li> <li>– SEH-bezoek, algemeen psychologisch functioneren.</li> </ul> </li> <li>• Secundaire uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reasons for Living;</li> <li>– Treatment History Interview;</li> <li>– Hamilton Rating Scale.</li> </ul> </li> </ul> |
| Populatie    | Vrouwen van 18-45 jaar (gemiddeld 29 jaar). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: clinically referred PD patients; recent suïcidaal DSH-gedrag.</li> <li>• Exclusie: schizofrenie, bipolaire stoornis, psychosen, verstandelijke beperking.</li> </ul>  |
| Aantal       | 101 (interventiegroep: n = 52; controlegroep: n = 49)  |
| Follow-up    | Follow-up van 1 jaar na behandeling van 1 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helpt minder suïcidepogingen, minder hospitalisatie voor suïcidepogingen, geringer medisch risico bij suïcidepoging en DSH, minder uitval uit behandeling, minder psychiatrische opnamen en crisisinterventiebezoeken.</li> <li>• DBT is uniek effectief en het ligt dus niet aan algemene factoren geassocieerd met psychotherapie door experts.</li> </ul>  |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: NIMH.</li> </ul>   |
| DBT          | <i>dialectical behavior therapy</i> (Nederlands: DGT)  |
| DSH          | <i>deliberate self-harm</i>  |
| ITT          | <i>intention to treat</i>  |
| NIMH         | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SASI         | Separation Anxiety Symptom Inventory   |
| SBQ          | Social Behavior Questionnaire  |
| SEH          | afdeling Spoedeisende Hulp   |

#### 422 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: *Magne-Ingvar & Ojehagen, 1999*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | 1. Onderzoek naar informatie van betekenisvolle anderen (BA) over problemen van de suïcidepoging en de redenen van suïcidepoging;<br>2. of deze informatie relevant is voor de beoordeling van de suïcidepoging;<br>3. beoordelen hoe het met de BA gaat en hun behoeften aan zorg.  |
| Type         | Prospectief open onderzoek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Setting: ziekenhuis, acuteopnameafdeling voor suïcidepogers.</li><li>• Locatie: University Hospital of Lund, Zweden.</li><li>• Training onderzoekers: maatschappelijk werkers; niet vermeld of zij getraind waren in het afnemen van een semigestructureerd interview.</li><li>• Tests:<ul style="list-style-type: none"><li>– semigestructureerd interview suïcidepoging;</li><li>– semigestructureerd interview en vragenlijst BA van suïcidepoging.</li><li>– Tijdsinterval en behandeling tussen beide tests: BA werden geïnterviewd direct na suïcidepoging.</li></ul></li></ul>                              |
| Populatie    | Gemiddelde leeftijd 39 jaar (variërend van 18 tot en met 92 jaar); sekseratio: 60% vrouw. <ul style="list-style-type: none"><li>• Ziekteprevalentie: niet van toepassing.</li><li>• Inclusie: patiënten opgenomen na suïcidepoging.</li><li>• Exclusie: geen vermeld.</li></ul>  |
| Aantal       | 85 van 93 (95%) van opeenvolgende suïcidepogers gaven toestemming BA te interviewen; 81 BA deden mee.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• 68% van BA's voegden relevante informatie toe; eenzaamheid en gebrek aan zelfvertrouwen werden significant vaker vermeld door BA.</li><li>• BA rapporteerden dat suïcidepoging vaker <i>repeater</i> was; 41% had suïcidale uitingen waargenomen.</li><li>• 57% van BA die psychologische of praktische steun hadden gegeven vonden dit een belasting, vooral als er sprake was van een psychiatrische stoornis; meer dan de helft van BA wilde individuele hulp en/of hulp met de patiënt.</li></ul>  |
| Beoordeling  | C <ul style="list-style-type: none"><li>• Ondanks onvoldoende beschrijving van de methode en instrumenten wel matig-sterk bewijs dat info van BA relevante informatie kan opleveren die kan worden gebruikt bij beoordeling en behandeling van suïcidepogers.</li><li>• Opeenvolgende patiënten of aselechte steekproef: opeenvolgende patiënten; Beoordeling indextest onafhankelijk van klinische informatie: niet van toepassing; Valide referentietest: niet van toepassing; Alle patiënten zowel index- als referentietest ondergaan: nee; Uitslagen referentie- en indextest onafhankelijk van elkaar beoordeeld: nee; Financiering: vier onafhankelijke instellingen.</li></ul> |

---

BA      betekenisvolle anderen

---

*Onderzoek: Mann & Currier, 2010*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Overzicht van bewijs van effect antidepressiva op suïciderisico.  |
| Type         | Overzichtsartikel van vier meta-analyses en systematische reviews van RCT's:  |
| Populatie    | Systematische reviews over antidepressiva en suïciderisico.   |
| Aantal       | 4.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effecten antidepressiva op vermindering suïcides is niet eenduidig.</li> <li>• Bij ouderen is wel een antisuïcidaal effect gevonden bij behandeling met antidepressiva.</li> </ul> |
| Beoordeling  | A1  |

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

---

*Onderzoek: March et al., 2004*

---

|          |   |
|----------|---|
| Doel(en) | Effectiviteit van vier behandelingen voor adolescenten met een depressieve stoornis.  |
| Type     | <p>RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vier behandelingen: fluoxetine versus CGT versus CGT &amp; fluoxetine versus placebo.</li> <li>• Blinding: medicatie + placebo alleen dubbelblind; CGT (&amp; medicatie) geblindeerde beoordelaar.</li> <li>• Analyse: ITT.</li> <li>• Onderzoeksduur: 2000-2003.</li> <li>• Setting: dertien academische- en algemene klinieken.</li> <li>• Locatie: Verenigde Staten.</li> <li>• Interventie van 12 weken: <ul style="list-style-type: none"> <li>– fluoxetine; of:</li> <li>– CGT; of:</li> <li>– CGT &amp; fluoxetine.</li> </ul> </li> <li>• Controle: placebo.</li> <li>• Uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnose depressieve stoornis &amp; comorbiditeiten (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version);</li> <li>– (primaire uitkomstmaat:) depressie: Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R);</li> <li>– (primaire uitkomstmaat:) klinische verbetering: Clinical Global Impressions improvement (CGI);</li> <li>– (secundaire uitkomstmaat:) depressie (RADS);</li> <li>– (secundaire uitkomstmaat:) suicide-ideatie (SIQ-JR).</li> </ul> </li> </ul> |

#### 424 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

|              |   |
|--------------|---|
| Populatie    | Adolescenten met depressieve stoornis. <ul style="list-style-type: none"><li>• 12-17 jaar (gemiddeld 14,6 jaar) 45,6% man.</li><li>• Inclusie: 12-17 jaar; ambulante behandeling mogelijk; diagnose depressieve stoornis; baseline CDRS-R score &gt; 44; IQ &gt; 79; geen antidepressiva; depressieve stemming; psychostimulant voor ADHD toegestaan.</li><li>• Exclusie: bipolaire stoornis; ernstige aanpassingsstoornis; middel-misbruik en/of -afhankelijkheid; pervasieve ontwikkelingsstoornis; denkstoornis; behandeling met psychotropische medicatie of psychotherapie; eerdere behandeling met SSRI's; weinig verbetering bij klinische behandeling met CGT voor depressie; intolerantie voor fluoxetine; confounding medische conditie; niet Engels sprekend; zwangerschap of afwijzing anticonceptie; gevaar voor zichzelf of anderen; hoogrisicosuïcidaal.</li></ul> |
| Aantal       | 439 (351 completers)  |
| Follow-up    | 12 weken.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Gemiddelde CDRS-R-score: 60 (matige tot matig ernstige depressie).</li><li>• Verschil effect fluoxetine + CGT vergeleken met placebo significant (<math>p = 0,001</math>) op CDRS-R. Deze conditie was ook beter dan alleen fluoxetine (<math>p = 0,02</math>) en alleen CGT (<math>p = 0,01</math>). Alleen fluoxetine is beter dan alleen CGT (<math>p = 0,01</math>).</li><li>• Verbetering: fluoxetine &amp; CGT; 71%; fluoxetine; 60,6%; CGT; 43,2%.</li><li>• Placebo; 34,8%. De twee fluoxetinecondities waren beter dan de CGT en placebocondities.</li><li>• Suicide-ideatie verbeterde significant in alle condities, maar het beste bij fluoxetine &amp; CGT (<math>p = 0,02</math>).</li></ul>  |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen ja (medicatie); behandelaar geblindeerd: bij alleen medicatie/placebo; patiënt geblindeerd: bij alleen medicatie/placebo; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: NIMH. Lilly Inc. leverde fluoxetine en matching placebo.</li></ul>   |
| CGT          | cognitieve gedragstherapie  |
| CDRS-R       | Children's Depression Rating Scale-Revised  |
| NIMH         | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)  |
| RADS         | Reynolds Adolescent Depression Scale  |
| RCT          | randomised controlled trial (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SIQ-JR       | Suicidal Ideation Questionnaire-Junior  |
| TADS         | Treatment for Adolescents With Depression Study   |

*Onderzoek: McCain et al., 2009*

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Nagaan of DBT klinisch gezien effectiever is dan gebruikelijke psychiatrische behandeling (psychodynamisch georiënteerd en medicamenteus volgens richtlijnen APA, 2003).   |
| Type         | RCT single blind. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blindering: ja.</li> <li>• Analyse: ITT.</li> <li>• Onderzoeksduur: drie jaar.</li> <li>• Setting: Centre for Addiction and Mental Health en Hospital, Toronto, Canada.</li> <li>• Interventie: DBT een jaar volgens handleiding Linehan.</li> <li>• Controle: algemeen psychiatrisch management volgens APA met psychodynamische oriëntatie gedurende een jaar.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: frequentie en ernst van suïcidaal en niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: BPD-criteria en symptomen. Psychiatrische symptomen, kwaadheid, depressie, interpersoonlijk functioneren, kwaliteit van leven, gebruik van gezondheidszorgdiensten, het in therapie blijven.</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd: niet vermeld; sekseratio: 86% vrouw. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: BPD; 18-60 jaar; laatste vijf jaar minstens twee episodes van suïcidaal gedrag en/ofdeliberate self harm, waarvan minstens één niet langer dan drie maanden geleden.</li> <li>• Exclusie: psychose, bipolaire stoornis, delirium, dementie, verstandelijke beperking, middelenafhankelijkheid in de laatste dertig dagen, wonend buiten straal van 40 km buiten Toronto, of verhuisplannen.</li> <li>• Baselinekarakteristieken: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 49% MDD;</li> <li>– 75% angststoornis;</li> <li>– 88% lifetime-suïcidepogingen.</li> </ul> </li> </ul>   |
| Aantal       | 180.   |
| Follow-up    | 1 jaar.  |
| Uitkomst(en) | Beide groepen verminderden significant in de frequentie en ernst van suïcidaal en niet suïcidaal zelfdestructief gedrag, en op de secundaire uitkomstenmaten, maar er waren geen verschillen tussen de beide condities in de mate van vermindering.  |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ja; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: Canadian Institutes for Health Research.</li> </ul>  |

#### 426 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

|     |   |
|-----|---|
| BPD | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis)  |
| DBT | <i>dialectical behavior therapy</i> (Nederlands: DGT)   |
| ITT | <i>intention to treat</i>   |
| MDD | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)  |
| RCT | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controle-groep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) |

---

#### Onderzoek: Meerwijk et al., 2010

---

|            |  |
|------------|--|
| Doel(en)   | De ontwikkeling van een richtlijn voor verpleegkundige zorg voor mensen met suïcidaal gedrag en schizofrenie.  |
| Type       | 1. Systematische review.<br>2. Consultatie van experts + groepsinterview met patiënten.<br>3. Pilot onder verpleegkundigen voor het testen van het gebruik van de richtlijn (kwalitatief en kwantitatief).   |
| Populatie  | Patiënten met suïcidaal gedrag en schizofrenie; verpleegkundigen uit twee ggz-instellingen.  |
| Aantal     | 1. Systematische review: geen resultaten weergegeven over het aantal artikelen gevonden in de systematische review.<br>2. Interviews experts + patiënten: onbekend aantal experts en patiënten.<br>3. Pilot onder verpleegkundigen: n = 21.  |
| Follow-up  | De interviews van het pilotonderzoek werden halverwege en na 5,5 maand gehouden na implementatie van de richtlijn. De vragenlijst werd 5,5 na de implementatie van de richtlijn maand ingevuld.  |
| Uitkomsten | 1. Systematische review. <ul style="list-style-type: none"><li>• Deel A: theoretische achtergrond en aanbevelingen.</li><li>• Deel B: dataverzameling en interventies, basis-SA en gevorderde SA (SA = <i>suicidality assessment</i>). Er was weinig evidentie voor verpleegkundige interventie voor suïcidale patiënten met schizofrenie. Er zijn vooral bestaande richtlijnen gebruikt, die zijn aangevuld met ervaringen uit de praktijk, volgens het panel van experts. De richtlijn is goedgekeurd volgens het AGREE-instrument.</li><li>• Interventies voor de patiëntveiligheid:<ul style="list-style-type: none"><li>– regelmatig contact houden; duidelijk maken wanneer volgende contactmoment is; toegang tot middelen beperken; sociale steun mobiliseren; steun geven bij oplossen van problemen; goede voorlichting over rehabilitatieprogramma's en buddysystemen; multidisciplinaire aanpak.</li></ul></li></ul> |



---

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Uitkomsten<br>(vervolg) | <p>2. Interviews experts + patiënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De richtlijn is aangepast volgens de suggesties van het panel met experts.</li> <li>• Suggesties gedaan ter verbetering van de richtlijn en aanpassingen gedaan aan de hand van de pilot.</li> <li>• Richtlijn goed toepasbaar voor de Nederlandse situatie.</li> </ul> <p>3. Pilot verpleegkundigen (n = 21).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegkundigen zijn zich meer bewust van risicofactoren en zijn er alerter op.</li> <li>• Het is moeilijk om de juiste woorden te vinden om erover te beginnen bij afwezige signalen.</li> <li>• Men was positief over de basis-SA. Men merkte op dat de richtlijn vooral handig is voor verpleegkundigen met weinig werkervaring.</li> <li>• Potentie van de richtlijn goed voor het beoordelen van het suïcide-risico bij patiënten met schizofrenie. De meeste verpleegkundigen zijn positief over implementatie.</li> </ul> |
| Beoordeling             | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– weinig verpleegkundigen waren in staat de gehele richtlijn (basis-SA, gevorderde SA en interventieplan) te voltooien;</li> <li>– in de groepsinterviews kon men niet over alle onderwerpen tot consensus komen.</li> </ul> </li> </ul>   |

---

AGREE    Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (toetsinstrument)

SA        *suicidality assessment*

#### 428 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Meltzer & Okayli, 1995

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Het effect van clozapine bij schizofrene en schizoïde patiënten die resistent zijn tegen neuroleptica.   |
| Type         | <i>Mirror image study.</i>   |
| Populatie    | Patiënten met schizofrenie of schizoïde stoornis die resistent zijn tegen neuroleptica.  |
| Aantal       | 88.  |
| Follow-up    | 2 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Behandeling met clozapine zorgt voor reductie van het aantal suïcidepogingen. Ook is de ernst van de pogingen minder.</li><li>• Behandeling met clozapine is geassocieerd met minder wanhoop en depressie.</li></ul> |
| Beoordeling  | B  |

---

##### Onderzoek: Meltzer et al., 2005

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Vergelijken effect van clozapine met olanzapine in verminderen suïcidaal gedrag bij schizofrene en schizoïde patiënten.  |
| Type         | Gerandomiseerd open-labeltrial met geblindeerde ratings.   |
| Populatie    | Schizofrene en schizoïde patiënten uit 67 medische centra uit 11 landen.   |
| Aantal       | 980 patiënten, 609 schizofreen, 371 schizoïde.   |
| Follow-up    | 2 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Clozapine lijkt voor schizofrene en schizoïde patiënten te zorgen voor vermindering van suïcidaal gedrag.</li><li>• Clozapine werkt beter dan olanzapine in het verminderen van aantal suïcidepogingen.</li><li>• Effect op voorkomen van suïcides kon niet worden vastgesteld door de kleine aantallen.</li></ul> |
| Beoordeling  | A2   |

---

##### Onderzoek: Meltzer, 2010

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effect van clozapine op verminderen suïcidaal gedrag bij schizofrene en schizoïde patiënten.   |
| Type         | Overzichtsartikel van cohortonderzoeken, case-controleonderzoeken en retrospectieve onderzoeken.   |
| Populatie    | Schizofrene en schizoïde patiënten.  |
| Aantal       | <ul style="list-style-type: none"><li>• 4 cohortonderzoeken.</li><li>• 2 case-controleonderzoeken.</li><li>• 2 retrospectieve onderzoeken.</li><li>• 1 <i>case report</i>.</li></ul> |
| Uitkomst(en) | Het is aannemelijk dat clozapine het risico op suïcidaal gedrag vermindert bij patiënten met psychotische stoornissen.   |
| Beoordeling  | A2   |

---

---

*Onderzoek: Modestin et al., 2005*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effecten van langetermijnbehandeling op suïcidaal gedrag meten.                                   |
| Type         | Cohortonderzoek, <i>mirror image design</i> (retrospectief).                                      |
| Populatie    | Patiënten die minstens zes weken continu met clozapine zijn behandeld.                            |
| Aantal       | 94.   |
| Follow-up    | Retrospectieve studie gedurende 15 maanden.   |
| Uitkomst(en) | Clozapine lijkt de frequentie van suïcidaal gedrag te verminderen, los van combinatie met SSRI's. |
| Beoordeling  | B   |

---

*Onderzoek: Möller, 2009*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Farmacologische en andere behandelingen van mensen met suïcidaal gedrag.   |
| Type         | Overzichtsartikel van systematische reviews.   |
| Aantal       | 8.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequate behandeling met psychofarmaca is aanbevolen bij depressie en andere psychiatrische stoornissen die geassocieerd zijn met depressie.</li> <li>• RCT's laten zien dat SSRI's suïcidale gedachten bij depressieve patiënten verminderen.</li> <li>• Methodologische problemen zorgen ervoor dat er nog geen bewijs is gevonden voor de vermindering van suïcidepogingen en suïcides door antidepressiva aan depressieve patiënten.</li> <li>• Er is matig bewijs van mogelijk negatief effect van antidepressiva op suïcidaal gedrag. Toch moet hier rekening mee worden gehouden.</li> </ul> <p>In het begin van de behandeling met SSRI's dienen patiënten goed te worden geobserveerd. Tijdelijk kunnen angstremmende medicijnen worden voorgeschreven om de mogelijk agiterende werking van SSRI's tegen te gaan.</p> |
| Beoordeling  | A1   |

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

#### 430 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: *Morrow-Howel et al., 1998*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Evaluatie van een interventie voor ouderen met suïciderisico.   |
| Type         | Case-controleonderzoek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Meetinstrument: GDS.</li><li>• Subjectieve verbetering werd vast gesteld op een 5-puntschaal.</li><li>• Interventiegroep: 31 bellers naar crisistelefoon.</li><li>• Controlegroep: 30 social service ondersteuning.</li></ul> |
| Populatie    | Ouderen van 61-92 jaar die via de crisishotline door familie of door professionals waren aangemeld vanwege verhoogd risico op suïcidaliteit.  |
| Aantal       | 61 patiënten.   |
| Follow-up    | 8 maanden.  |
| Uitkomst(en) | Reductie in depressie score op de GDS = 0,04 na 4 maanden.  |
| Beoordeling  | B   |
| GDS          | Geriatric Depression Scale  |

---

##### Onderzoek: *Mufson et al., 1999*

---

|          |  |
|----------|--|
| Doel(en) | Effectiviteit van interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve adolescenten (IPT-A).  |
| Type     | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• 12-weekse trial IPT-A versus klinische monitoring.</li><li>• Blindering: ja.</li><li>• Analyse: ITT- en completersanalyse.</li><li>• Onderzoeksduur: 1993-1996.</li><li>• Setting: Child Anxiety and Depression Clinic &amp; Clinical Research Center.</li><li>• Locaties: Babies Hospital Columbia Presbyterian, Medical Center, New York, en het New York State Psychiatric Institute, New York.</li><li>• Interventie: IPT-A: 12 weken wekelijks + telefonisch contact met therapeut gedurende de eerste 4 weken.</li><li>• Controle: klinische monitoring: maandelijks 30-minutensessies met een mogelijke 2e sessie. Bespreking van symptomen en functioneren. De therapeut was op pieper bereikbaar tijdens kantooruren. Primaire uitkomstmaten: afname in depressieve symptomen (HRSD &amp; BDI) en meer verbetering in algemeen en social functioneren (C-GAS, SAS-SR, Social Problem-Solving Inventory, Revised selfreport measure).</li><li>• Secundaire uitkomstmaat: <i>suicidality</i> (K-SADS-E).</li></ul> |

|              |  |
|--------------|--|
| Populatie    | Klinisch verwezen adolescenten; leeftijd: 16 jaar; 73% vrouw <sup>002E</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: Engels sprekend; normale intelligentie; leeftijd 12-18 jaar; <i>informed consent</i> door officiële voogd; depressieve stoornis recidiverend volgens DSM-III-R (HRSD-score &gt; 14)</li> <li>• Exclusie: actieve suïcidaliteit; in een andere behandeling voor dezelfde aandoening; chronische medische ziekte; psychose; bipolaire i -of ii;-stoornis; aanpassingsstoornis; verslavingsstoornis; huidige eetstoornis; obsessieve-compulsieve stoornis.</li> <li>• Baselinekarakteristieken: patiënten in beide groepen verschilden niet in geslacht, gemiddelde leeftijd, etniciteit, opleiding ouders, SES, geschiedenis van suïcidepoging, suïcide-ideatie of depressie baseline diagnose.</li> </ul> |
| Aantal       | 48 patiënten.  |
| Follow-up    | 12 weken.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afname in depressieve symptomen en meer verbetering in algemeen en sociaal functioneren in interventiegroep.</li> <li>• Intent-to-treatanalyse: in week 12 minder gerapporteerde depressieve symptomen in IPT-A-groep.</li> <li>• Completeranalyse: IPT-A-groep significant minder gerapporteerde depressieve symptomen in week 12 op de HDRS maar niet op de BDI.</li> <li>• In de ITT-groep voldeed 75% van de interventiegroep (in vergelijking met 46% in de controlegroep) aan de criteria voor herstel (HRSD) in week 12.</li> <li>• Geen significant verschil tussen de groepen voor suïcidaliteit in week 12.</li> </ul>  |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine aantallen.</li> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelbaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: NIMH.</li> </ul>  |
| BDI          | Beck Depression Inventory  |
| C-GAS        | Children's Global Assessment Scale   |
| DSM-III-R    | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised  |
| IPT-A        | interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve adolescenten   |
| HRSD         | Hamilton Rating Scale for Depression   |
| ITT          | <i>intention to treat</i>  |
| K-SADS-E     | Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, epidemiological version   |
| NIMH         | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SAS-SR       | Social Adjustment Scale, Self-Report   |
| SES          | sociaaleconomische status  |

### 432 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

#### Onderzoek: Mufson et al., 2004

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effectiviteit van interpersoonlijke psychotherapie voor depressie adolescenten (IPT-A).   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: ja.</li><li>• Analyse: ITT.</li><li>• Onderzoeksduur: 1999-2002.</li><li>• Setting: vijf aan school verbonden geestelijke gezondheid klinieken.</li><li>• Locatie: New York City.</li><li>• Interventie: IPT-A, 12 sessies gedurende 12 tot 16 weken.</li><li>• Controle: TAU.</li><li>• Primaire uitkomstmaten: HAM-D, BDI, C-GAS, CGI, SAS-SR.</li></ul>   |
| Populatie    | Adolescenten verwezen voor een klinische intake. <ul style="list-style-type: none"><li>• Leeftijd gemiddeld 15,1; 84% vrouw.</li><li>• Inclusie: HAM-D-score &gt; 9; Children's Global Assessment Scale (C-GAS) score &lt; 66; depressieve stoornis; dysthymie; depressieve stoornis NAO; aanpassingsstoornis met depressieve stemming; Ouderlijke toestemming</li><li>• Exclusie: actief suïcidaal; verstandelijke beperking; levensbedreigende medische aandoening; verslavingsstoornis; psychose; schizofrenie; in behandeling voor depressie; antidepressiva gebruikend.</li><li>• Baselinekarakteristieken: gemiddelde HAM-D-score 18,6 (sd 5,5); gemiddelde C-GAS-score 52,6 (sd 5,5); geen significante groepsverschillen in depressie op de BDI en HAM-D.</li></ul> |
| Aantal       | 63 patiënten.   |
| Follow-up    | Na 16 weken.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• IPT-A versus TAU meer vermindering van symptomen &amp; verbetering in algemeen functioneren.</li><li>• ANCOVA: IPT-A versus TAU significant minder <i>clinician-reported depression symptoms</i> (HAM-D, P = 0,04); significant beter functioneren (C-GAS, P = 0,04), significant beter sociaal functioneren, (SAS-SR, P = 0,01), significant meer klinische verbetering (P = 0,03) en significant grotere vermindering in klinische ernst (CGI, P = 0,03).</li></ul>   |

---

|             |  |
|-------------|--|
| Beoordeling | B  |
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Kleine aantallen.</li><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up: voldoende (na 16 weken significant verschil ipt-a versus tau); intention-to-treatanalyse: ja; financiering: grant 6 HS5 SM52671-02-1 &amp; grant 5 P30 MH60570-03.</li></ul> |
| ANCOVA      | <i>analysis of covariance</i>  |
| BDI         | Beck Depression Inventory  |
| C-GAS       | Children's Global Assessment Scale   |
| CGI         | Clinical Global Impressions Scale  |
| HAM-D       | Hamilton Depression Rating Scale   |
| ITT         | <i>intention to treat</i>  |
| RCT         | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| SAS-SR      | Social Adjustment Scale, Self-Report   |
| sd          | standaarddeviatie  |
| TAU         | <i>treatment as usual</i>  |

---

#### 434 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Nordentoft et al., 2005

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit nagaan van een kortdurende opname (twee weken) in een Suïcide Prevention Centre (opnamecrisiscentrum) na een suïcidepoging of serieuze suïcidegedachten.   |
| Type         | Geen RCT, maar parallelle vergelijkingsgroepen. <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: nee.</li><li>• Analyse: completersanalyse.</li><li>• Onderzoeksduur: twee weken behandeling en 1 jaar follow-up.</li><li>• Setting: Suïcide Prevention Centre (opnamecrisiscentrum); locatie: Kopenhagen.</li><li>• Interventie: 24 uur per dag twee weken opname in SPC. GCT met probleemoplossingsbenadering.</li><li>• Controle: degenen die niet wilden of konden worden opgenomen in SPC.</li><li>• Primaire uitkomstmaat: Suïcidaal gedrag.</li><li>• Secundaire uitkomstmaat: EPSIS (SES, BHS, BSI, Rosenberg).</li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: gemiddeld 27,7; sekseratio: 30% man. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: ernstige suïcidegedachten of pogingen.</li><li>• Exclusie: psychose; intraveneus druggebruik.</li></ul>   |
| Aantal       | 362 en 39 (parallele groep), samen 401.  |
| Follow-up    | 1 jaar.  |
| Uitkomst(en) | In de experimentele conditie veel minder suïcidepogingen in de follow-up. En minder suïcideplannen, minder depressie, minder wanhoop, betere <i>self esteem</i> (gevoel van eigenwaarde) en algemene gezondheid.   |
| Beoordeling  | C <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: nee; toewijzing verborgen: nee; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: nee; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: niet helemaal, maar grotendeels wel; follow-up voldoende: niet echt; veel uitval (40-50%), maten van 59-53%; intention-to-treatanalyse: nee; financiering: Deense ministerie voor volksgezondheid.</li></ul>  |

---

BHS Beck Hopelessness Scale

BSI Brief Symptom Inventory

CGT cognitieve gedragstherapie

EPSIS European Parasuicide Study Interviewer Schedule (SES, BHS, BSI, Rosenberg)

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

Rosenberg Rosenberg's Self-Esteem Scale

SES Self-esteem Scale

SPC Suicide Prevention Centre (opnamecrisiscentrum)



---

*Onderzoek: Oyama et al., 2005*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Multilevel self-assessment over depressie, <i>mental health workshops</i> , groepsactiviteiten.   |
| Type         | Community-based interventieonderzoek; cohortonderzoek.  |
| Populatie    | 65+   |
| Aantal       | 5.254 mannen, 7.556 vrouwen.  |
| Follow-up    | 8 jaar.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicide-incidentiecijfer: <ul style="list-style-type: none"> <li>– mannen niet significant;</li> <li>– vrouwen: <math>p = 0,2</math>.</li> </ul> </li> </ul> |
| Beoordeling  | B   |

---

*Onderzoek: Oyama et al., 2008*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Effect van community-based interventies met behulp van screening op suïciderisico bij ouderen met depressie.  |
| Type         | Community-based interventieonderzoek; meta-analyse. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta-analyse van Japans community-based cohortonderzoek. Vergelijking met referentiepopulatie.</li> <li>• Multilevel jaarlijkse depressiescreening.</li> <li>• <i>Mental health workshops</i>, behandeling.</li> <li>• Follow-up hetzij door psychiater hetzij door huisarts (<i>general practitioner</i>, GP).</li> <li>• Uitkomstmaat: suicide-incidentiecijfer.</li> <li>• Uitkomsten werden vergeleken met baseline en met referentiepopulatie.</li> </ul> |
| Populatie    | 65+   |
| Aantal       | 20.598 mannen; 28.437 vrouwen.  |
| Follow-up    | 7-11 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant daling van het suïcidecijfer, vooral bij vrouwen. Rond 70% reductie. Bij mannen vond vooral reductie plaats indien ze naar de psychiater waren verwezen. Voor mannen waren de uitkomsten niet significant.</li> <li>• Follow-up door psychiater: mannen: 0,3 (95%-BI 0,1-0,7); vrouwen: 0,3 (95%-BI 0,2-0,6).</li> <li>• Follow-up door huisarts (GP): mannen niet significant; vrouwen 0,4 (95%-BI 0,2-0,6).</li> </ul>   |
| Beoordeling  | A2  |
| GP           | <i>general practitioner</i> (huisarts)  |

---

#### 436 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### *Onderzoek: Pompili et al., 2009*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Levenskwaliteit en suïciderisico van patiënten met diabetes mellitus.   |
| Type         | Case-controleonderzoek. <ul style="list-style-type: none"><li>• Meetinstrumenten: Beck Hopeless Scale, Suicide score scale, SF-36 health survey scale, en General Self Efficacy Scale.</li></ul>  |
| Populatie    | Patiënten met diabetes mellitus type 1 en type 2.   |
| Aantal       | 100 patiënten en meerdere controlegroepen.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Patiënten toonden grotere wanhoop, en meer suïcidaliteit dan algemene patiënten met interne ziekten.</li><li>• Polytherapie en een oudere leeftijd hadden een significant hogere correlatie met suïcidaliteit.</li><li>• Conclusie: Meer onderzoek nodig naar suïcidaliteit in relatie tot kwaliteit van leven.</li></ul> |
| Beoordeling  | B   |
| SF-36        | Short-Form Health Survey (korte gezondheidsvragenlijst met 36 items)  |

---

*Onderzoek: Potter et al., 2005*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Implementatie van <i>safety agreements</i> op een afdeling voor acute psychiatrie.   |
| Type         | Survey, quasi-experimenteel design   |
| Populatie    | Geregistreerde verpleegkundigen uit een volwassen psychiatrie afdeling in een ziekenhuis in New Hampshire, Verenigd Koninkrijk.  |
| Aantal       | Van de 70 verpleegkundigen namen er 44 deel aan de 1e survey en 48 aan de 2e survey, waarvan er 3 werden geëxcludeerd in de analyse.   |
| Follow-up    | 12 maanden.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Safety agreements en <i>comfort</i> (survey I). <ul style="list-style-type: none"> <li>– 38 van de 44 verpleegkundigen gebruikten meer dan 7 keer een <i>safety agreement</i>, 4 verpleegkundigen tussen de 4-6 keer en 2 verpleegkundigen tussen de 2-3 keer.</li> <li>– 21 van de 44 verpleegkundigen antwoordden bevestigend op de vraag of men zich meer op zijn gemak voelde tijdens het verzorgen van patiënten met een risico op zelfbeschadiging; 15 van de 44 verpleegkundigen voelde zich helemaal niet comfortabel in deze situatie.</li> </ul> </li> <li>• Effectiviteit en de verpleegkundige-patiëntrelatie (survey II). <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verpleegkundigen waren gelijk verdeeld (19/45 eens en 19/45 oneens) over de vraag of <i>safety agreements</i> de verpleegkundige-patiëntrelatie verbeteren wat betreft veiligheidszaken.</li> <li>– Reacties waren positief voor de volgende onderwerpen: bevorderen van patiëntverantwoordelijkheid (26/45 positief); verpleegkundig contact (25/45 positief); <i>safety guide</i> (26/45 positief); veiligheidsdiscussie (25/45 positief); tijdsrichtlijn (33/45 positief).</li> </ul> </li> <li>• Safety agreements en het aantal zelfbeschadiging incidenten (survey I). <ul style="list-style-type: none"> <li>– 21/44 (48%) dachten dat zelfbeschadigingsincidenten niet waren gedaald, 19 (43%) konden niet beslissen en 4 (9%) dachten dat de incidenten waren verminderd.</li> <li>– Dit werd bevestigd door ziekenhuisdata. De gemiddelde <i>rate</i> voor de implementatie was 0,318 en na de implementatie 0,317: een lichte daling maar niet significant <math>t(15) = 0,022</math>; <math>p = 0,49</math>.</li> </ul> </li> </ul> |

#### 438 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

|             |  |
|-------------|--|
| Beoordeling | C  |
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Opmerkingen: over het algemeen ontvingen de verpleegkundigen de safety agreements positief. Verpleegkundigen geven aan dat de safety agreement zorgt voor een meer comfortabel gevoel bij het verzorgen van patiënten met een risico op zelfbeschadiging gedrag. De verpleegkundigen zijn verdeeld over de vraag of safety agreements de verpleegkundige-patiëntrelatie bevorderen. Er werd een daling in het aantal zelfbeschadigingen gevonden na implementatie van de safety agreements, maar niet significant.</li><li>• Beperking: geen beoordeling hoe acuut de opname is.</li></ul> |

---

##### Onderzoek: Prudic & Sackeim, 1999

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Meta-analyse van effecten van ECT op suïciderisico.   |
| Type         | Overzichtsartikel.  |
| Populatie    | Psychiatrische patiënten.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• ECT heeft een kortetermijneffect op vermindering van suïcidaliteit.</li><li>• Geen aanwijzing voor langetermijneffect van ECT op suïcidaliteit.</li></ul> |
| Beoordeling  | B   |
|              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Veel onderzoeken waren methodologisch niet sterk. Vaak geen controlegroep; designs van matige kwaliteit.</li></ul>  |
| ECT          | elektroconvulsietherapie  |

---

##### Onderzoek: Rudd et al., 1996

---

|          |  |
|----------|--|
| Doel(en) | Effectiviteit van een in tijd begrensde ambulante behandeling voor suïcidale jongvolwassenen.  |
| Type     | RCT.   |
|          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Blindering: niet.</li><li>• Analyse: geen ITT.</li><li>• Onderzoeksduur: 24 maanden.</li><li>• Setting: groepsbehandeling; locatie: twee ambulante <i>mental health clinics</i>, inpatient service and hospital emergency room.</li><li>• <i>Fidelity en adherence</i>: niet gecontroleerd.</li><li>• Interventie: groepsbehandeling (8-14 deelnemers), ambulante poliklinisch, <i>intensive structured</i>, in tijd begrensd, oplossingsgericht, met sociale-vaardigheidstraining, negen uur per dag gedurende twee weken.</li><li>• Controle: TAU, combinatie van ambulante behandeling en opname.</li></ul> |

|              |   |
|--------------|---|
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baselinekarakteristieken: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 30% eerder gehospitaliseerd;</li> <li>– 23,5% depressie in de familie, 53% alcohol dependency in de familie, 11,4% f suicide in de familie, 25% gebruikte psychofarmaca, voornamelijk antidepressiva;</li> <li>– 110 suicide-ideatie;</li> <li>– 107 <i>single attempters</i>;</li> <li>– 47 <i>multiple attempters</i>;</li> <li>– 72% stemmingsstoornissen;</li> <li>– 37% angsten en fobieën;</li> <li>– 18% middelenmisbruik.</li> </ul> </li> <li>• Leeftijd: gemiddeld 22 jaar; sekseratio: 82% (!) mannen (militairen).</li> <li>• Inclusie: suicidepoging, mood disorder met suicidal ideation, substance abuse met concurrent ideation.</li> <li>• Exclusie: chronisch alcohol dependence or abuse, psychosis, ernstige persoonlijkheidsstoornis.</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suicidal ideation: MSSSI en SPS;</li> <li>– Life Stress LES;</li> <li>– BHS, BDI, PSI.</li> </ul> </li> <li>• Secundaire uitkomstmaten: personality MCMI, DSM-III, <i>intellectual functioning</i>, psychosociale anamnese.</li> </ul> |
| Aantal       | 302 gerandomiseerd, 264 completers.   |
| Follow-up    | 24 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• In experimentele conditie bleven participanten langer in behandeling.</li> <li>• Op alle afzonderlijke en samengestelde maten waren geen significante verschillen te vinden (!).</li> <li>• Beide condities verbeterden.</li> </ul>  |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen ?; behandelaar geblindeerd: kan niet; patiënt geblindeerd ?; effectbeoordelaar geblindeerd ?; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: grotendeels, alleen meer vrouwen in experimentele conditie en meer self-cutting; follow-up voldoende veel incomplete data, veel deelnemers niet traceerbaar; intention-to-treatanalyse: nee; financiering: NIMH.</li> </ul>   |

---

BDI Beck Depression Inventory  
BHS Beck Hopelessness Scale  
DSM-III *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*  
ITT *intention to treat*  
LES Life Experiences Survey  
MCMI Millon Clinical Multiaxial Inventory  
MSSSI Modified Scale for Suicidal Ideation

#### **440** Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

|      |  |
|------|--|
| NIMH | National Institute of Mental Health (Verenigde Staten)   |
| PSI  | Problem Solving Inventory  |
| RCT  | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) |
| SPS  | Suicide Probability Scale  |
| TAU  | <i>treatment as usual</i>  |

---

*Onderzoek: Salkovskis et al., 1990*

---

|           |  |
|-----------|--|
| Doel(en)  | Effectiviteit van een in tijd begrensde poliklinische behandeling, oplossingsgerichte CBT, voor suïcidale jongvolwassenen, tegen depressie, wanhoop, suïcide-ideatie en herhaling van suïcidepogingen.   |
| Type      | <p>RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blindering: nee.</li> <li>• Analyse: ANCOVA <i>repeated measurements</i>.</li> <li>• Geen info over ITT of Completersanalyse. Vermoedelijk complete data (?).</li> <li>• Onderzoeksduur: anderhalf jaar na index suïcidepoging.</li> <li>• Setting: algemeen ziekenhuis in Leeds.</li> <li>• Locatie: bij patiënten thuis uitgevoerd. Slechts één therapeut.</li> <li>• Geen informatie over responsepercentages.</li> <li>• Geen <i>adherence check</i>.</li> <li>• Interventie: oplossingsgerichte CBT at home (voor sommige begonnen bij opname van 1 dag en afgerond thuis). 5 Keer een behandeling van een uur, vlak na de poging, 3 dagen later, 1 week na de poging, 2 weken na de poging, 1 maand na de poging. Met huiswerkopdrachten.</li> <li>• Controle: TAU.</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: BDI, HS, POMS, PQRST (= aantal problemen).</li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: herhaalde suïcidepogingen.</li> <li>• Effectgrootte niet gegeven.</li> </ul> |
| Populatie | <p>Suïcidale jongvolwassenen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd: 16-65 jaar; sekseratio: 58% vrouwen in experimentele groep, 38% vrouwen in controlegroep.</li> <li>• Inclusie: na een suïcidepoging door overdosis met antidepressiva behandeld in algemeen ziekenhuis na documentatie van minstens twee eerdere suïcidepogingen, met score van 4 of meer op schaal van Buglass en Horten (maximum = 6) (predictielijst voor nieuw suïcidaal gedrag).</li> <li>• Exclusie: niet psychotisch, niet organisch (neurologisch) beoordeelbaar.</li> <li>• Baselinekarakteristieken: gemiddelde leeftijd 26-28,5 jaar; 58-38% vrouwen.</li> <li>• Aantal eerdere pogingen: 2,6-3,0.</li> </ul>  |
| Aantal    | 20 (12 in de interventiegroep; 8 in de controlegroep).   |
| Follow-up | 18 maanden.  |

#### 442 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

|              |  |
|--------------|--|
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verbetering in de drie belangrijkste problemen.</li><li>• Meer vermindering van depressie (BDI).</li><li>• Meer vermindering op wanhoop (HS), depressie (POMS) en spanning (POMS).</li><li>• Geen herhaalde pogingen in experimentele conditie, driekwart in controleconditie (<math>p = 0,049</math>) op zes maanden. Na achttien maanden geen statistisch significant verschil meer.</li><li>• Geen verschil in suïcide-ideatie.</li><li>• Conclusie: op korte termijn reductie van distress voor hoge risico pogers met minder suïcidepogingen in de follow-up (maar: kleine aantallen).</li></ul>              |
| Beoordeling  | <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Klein onderzoek.</li><li>• Randomisatie: ja, maar kleine groepen 12 om 8; toewijzing verborgen: niet van toepassingbehandelaar geblindeerd: nee slechts een behandelaar; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: nee; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: grotendeels wel, maar kleine aantallen: controlegroep iets meer mannen. op andere kenmerken vergelijkbaar; follow-up voldoende: ja, bij follow-up verdwijnt effect; intention-to-treatanalyse: onduidelijk, misschien complete data; financiering: gesponsord door eigen ziekenhuis en MRC.</li></ul> |
| ANCOVA       | <i>analysis of covariance</i>  |
| BDI          | Beck Depression Inventory  |
| CBT          | <i>cognitive behaviour therapy</i> (Nederlands: CGT)   |
| HS           | Hopelessness Scale (ook: BHS)  |
| MRC          | Medical Research Council   |
| POMS         | Profile of Mood Status   |
| PQRST        | Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| TAU          | treatment as usual   |



---

*Onderzoek: Sharma, 2001*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Overzicht van bewijs van effect ECT op suïciderisico.  |
| Type         | Systematische review.  |
| Populatie    | Patiënten met stemmingsstoornissen.  |
| Aantal       | 21 onderzoeken   |
| Uitkomst(en) | ECT heeft een acute, maar geen langetermijneffect op suïcidaliteit.  |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"><li>• Vooral retrospectieve onderzoeken.</li><li>• Kleine samples.</li><li>• Geen random toewijzing.</li><li>• ECT was niet het doel van de onderzoeken.</li></ul> |

---

ECT elektroconvulsietherapie

#### 444 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: *Slee et al., 2008*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit <i>cognitive behaviour therapy</i> (CBT) bij <i>deliberate self-harm</i> (DSH).  |
| Type         | RCT <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: Nee.</li><li>• Analyse: ITT en completersanalyse.</li><li>• Onderzoeksduur: 14,5 maanden.</li><li>• Settings: Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en Rivierduinen.</li><li>• Interventie: TAU plus CBT (48), 12 individuele sessies, 5,5 maanden.</li><li>• Controle: TAU (42).</li><li>• Primaire uitkomstmaat: number of episodes of self harm in past three months, BDI, SCL-90, Robson Self Esteem Questionnaire, Suicide Cognition Scale, CISS.</li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: 15-35, gemiddelde: 24,6 jaar. Sekseratio: vrouw 94%. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: recente zelfbeschadiging.</li><li>• Exclusie: schizofrenie, intensieve behandeling met opname, cognitieve beperkingen.</li><li>• Baselinekarakteristieken: chronisch en recidiverend suïcidaal gedrag.</li></ul>  |
| Aantal       | 90 patiënten.  |
| Follow-up    | 9 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Grotere reductie van <i>self harm</i>, <i>suicidal cognitions</i>, symptomen van depressie en angst, betere eigenwaarde (<i>self-esteem</i>) en beter probleemoplossend vermogen.</li><li>• Effecten op suïcidaal gedrag groter op negenmaandsfollow-up dan op zes- of driemaandsfollow-up.</li></ul>  |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"><li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: niet van toepassing; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja, 9 maanden; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: ZonMw.</li></ul>  |

---

BDI Beck Depression Inventory

CBT *cognitive behaviour therapy* (Nederlands: CGT)

CISS Coping Inventory for Stressful Situations

DSH *deliberate self-harm*

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

SCL90 Symptom Check List (90 items)

TAU *treatment as usual*

---

*Onderzoek: Stone et al., 2009*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Het risico van suïcidaal gedrag binnen RCT's met antidepressiva bij volwassenen.   |
| Type         | Meta-analyse van 372 dubbelblinde RCT's met antidepressiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkomstmaat: suïcidaal gedrag en suïcide-ideatie.</li> </ul>   |
| Populatie    | Alle leeftijden; gemiddelde leeftijd 42 jaar, 63% vrouw. Indicatie voor behandeling: depressie in engere zin (46%); andere psychiatrische stoornis (28%) of geen psychiatrische stoornis (22%).  |
| Aantal       | N = 99.231.  |
| Follow-up    | N.v.t.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De invloed van het gebruik van antidepressiva op suïcidaal gedrag is sterk leeftijdsafhankelijk, met een afname van het suïcidale gedrag bij een hogere leeftijd. Bij jongeren onder de 25 wordt een verhoging van suïcidaal gedrag gezien ten opzichte van de placebo-groep.</li> <li>• Bij volwassenen tussen 25 en 64 wordt er geen verschil gezien in suïcidaal gedrag tussen gebruikers van antidepressiva en placebo-groep. Mogelijk een positief effect van het gebruik van antidepressiva tegen suïcide-ideatie.</li> <li>• Bij ouderen boven de 64 wordt een significante afname gezien van zowel suïcidaal gedrag als het aantal suïcides bij het gebruik van antidepressiva ten opzichte van placebo.</li> </ul> |

Beoordeling A1.

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

---

*Onderzoek: Szanto et al., 2001*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Behandeling met antidepressiva en IPT.  |
| Type         | Interventieonderzoek; case-controleonderzoek. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkomstmaten: suïcide-ideatie; mate van remissie van de depressie.</li> </ul> |
| Populatie    | 60+ allen met <i>major depression</i> en suïcide-ideatie versus non-ideatie.  |
| Aantal       | 30 met suïcide-ideatie (150 non-ideatie).   |
| Follow-up    | 16 weken.   |
| Uitkomst(en) | Verskil in herstel tussen de groepen niet significant. Voor behandeling scoorden de patiënten met suïcidale ideaties significant hoger op de BDI.                     |

Beoordeling B

---

IPT *interpersonal psychotherapy*

#### 446 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

##### Onderzoek: Szanto et al., 2003

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Behandeling met antidepressiva en IPT.  |
| Type         | Interventieonderzoek, case-serieonderzoek.  |
| Populatie    | 59+, allen met <i>major depression</i> ; met hoog, matig of laag suïciderisico.   |
| Aantal       | 395.  |
| Follow-up    | 12 weken.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Respons op de behandeling tegen suïcide-ideatie:<ul style="list-style-type: none"><li>– hoog risico 67%;</li><li>– matig risico 77%;</li><li>– laag risico 85%.</li></ul></li></ul> |
| Beoordeling  | C   |

---

##### Onderzoek: Tarrier et al., 2008

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit nagaan van cognitieve gedragstherapie in het terugdringen van suïcidaal gedrag.  |
| Type         | Meta-analyse. <ul style="list-style-type: none"><li>• Interventie: cognitieve gedragstherapie.</li><li>• Primaire uitkomstmaat: rReductie in suïcidaal gedrag.</li></ul>   |
| Aantal       | 28 RCT's.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sterk bewijs dat cognitieve gedragstherapie op korte termijn effectief is in het terugdringen van suïcidaal gedrag.</li><li>• Onder volwassen populaties, niet onder jeugdigen. Ook wanhoop wordt effectief bestreden.</li></ul> |
| Beoordeling  | A1   |

---

RCT *randomised controlled trial* (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)

---

##### Onderzoek: Tondo et al., 2001

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Overzicht van bewijs van effect lithium op suïciderisico.  |
| Type         | Systematische review.  |
| Populatie    | Patiënten met affectieve stoornis, behandeld met lithium.  |
| Aantal       | <ul style="list-style-type: none"><li>• 22 onderzoeken met data van sterfte door suïcide.</li><li>• 5.647 patiënten.</li></ul> |
| Uitkomst(en) | Risico van suïcide is consequent lager bij langdurige behandeling van affectieve stoornis met lithium.                         |
| Beoordeling  | A1   |

---

---

*Onderzoek: Townsend et al., 2001*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit nagaan van probleemoplossingstherapie na suïcidaal gedrag en/of deliberate self harm in het verbeteren van depressie, wanhoop en problemen.  |
| Type         | Meta-analyse van RCT's. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventie: probleemoplossingstherapie.</li> <li>• Controle: TAU.</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: reductie in depressie wanhoop en verbetering in psychische problemen.</li> </ul> |
| Aantal       | 6 RCT's.   |
| Uitkomst(en) | Probleemoplossingstherapie na suïcidepogingen en/of DSH is effectief in het verbeteren van depressie, wanhoop en psychische problemen.   |
| Beoordeling  | A1   |
| DSH          | <i>deliberate self-harm</i>  |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) (dit was een meta-analyse van RCT's)  |
| TAU          | <i>treatment as usual</i>  |

---

*Onderzoek: Tiihonen et al., 2009*

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Het effect van antipsychotica en clozapine op het suïciderisico van patiënten met schizofrenie.  |
| Type         | Follow-up-cohortonderzoek.   |
| Populatie    | Alle schizofrenie patiënten in Finland 1973-2004.  |
| Aantal       | 66.881 patiënten.  |
| Follow-up    | 1996-2006.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langetermijnbehandeling van schizofreniepatiënten met antipsychotica is geassocieerd met lagere sterfte vergeleken met geen behandeling met antipsychotica.</li> </ul> <p>Clozapine lijkt geassocieerd te zijn met lagere mortaliteit dan andere tweede generatie antipsychotica.</p> |
| Beoordeling  | A2   |

---

#### 448 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Onderzoek: Tyrer et al., 2003 en 2004

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit van een behandeling aantonen   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"><li>• Blinding: nee.</li><li>• Onderzoeksduur: drie maanden therapie, negen maanden follow-up.</li><li>• Setting: ziekenhuizen verbonden aan vijf centra in Engeland: Glasgow, Edinburgh, Nottingham, West-Londen en Zuid-Londen. Ambulante behandelsetting.</li><li>• Interventie: cognitieve gedragstherapie; bestaande uit een lesboek, 5 sessies en 2 booster sessies verspreid over 3 maanden.</li><li>• Controle: standaardbehandeling.</li><li>• Uitkomstmaten:<ul style="list-style-type: none"><li>– Pogingen tot zelfverwonding (PHI).</li><li>– Gevoelens van angst en depressie (HADS).</li><li>– Algemeen en sociaal functioneren (GAF, SFQ).</li><li>– Kwaliteit van leven (EuroQoL).</li><li>– Gedachten over de toekomst.</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | Leeftijd: gemiddeld 32 jaar; sekseratio: 68% vrouw. <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: na opname vanwege zelfverwonding werden de volgende patiënten gerekruteerd: eerdere suïcidepoging ondernomen.</li><li>• Exclusie: psychische behandeling/ opname in het ziekenhuis nodig, bipolaire stoornis, psychotische stoornis, middelenafhankelijkheid als primaire diagnose.</li></ul>  |
| Aantal       | N = 480.   |
| Follow-up    | 9 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Beide groepen verschilden niet in het percentage dat een herhaalde poging van zelfverwonding alsook suïcidepoging deed.</li><li>• Negen maanden na behandeling waren er ook geen verschillen voor wat betreft gevoelens van angst en depressie, mate van functioneren, kwaliteit van leven, en gedachten over de toekomst.</li><li>• De interventie lijkt kosteneffectief vooral voor patiënten zonder BPD.</li></ul>  |

|             |   |
|-------------|---|
| Beoordeling | B   |
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: ?; behandelaar geblindeerd: nee; patiënt geblindeerd: nee; effectbeoordelaar geblindeerd: nee; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: ja; financiering: ?</li> <li>• Opmerkingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Waarschijnlijk een te lichte vorm van therapie (de invloed van duur, intensiteit en locatie op <i>compliance</i>) voor de ernst van de problematiek.</li> <li>– Drop-outs niet geïncludeerd in de analyses: ruim 15% in beide groepen.</li> </ul> </li> </ul> |
| BPD         | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis)  |
| EuroQol     | European Index for Quality Of Life  |
| GAF         | Global Assessment of Functioning  |
| HADS        | Hospital Anxiety and Depression Scale   |
| PHI         | Parasuicide History Interview   |
| RCT         | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)  |
| SFQ         | Social Functioning Questionnaire  |

---

**Onderzoek: Uncapher & Arean, 2000**


---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Behandelbereidheid van professionals.  |
| Type         | RCT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Twee identieke vignetten behalve voor de leeftijd (38 of 78) werden naar professionals gestuurd. De behandelbereidheid werd gescoord op een 21-item-Suicidal Patient Treatment Scale.</li> </ul>                      |
| Populatie    | Professionals.   |
| Aantal       | 215 professionals: 100 kregen het oudere vignet; 115 het vignet van de jonge patiënt.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suïcidaliteit werd in beide leeftijdsgroepen even goed herkend.</li> <li>• Een significant verschil bestond in de bereidheid om te behandelen bij de verschillende leeftijden.</li> <li>• P kleiner dan 0,001.</li> </ul> |

---

**Beoordeling** A2

---

|     |  |
|-----|--|
| RCT | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn) |
|-----|--|

#### 450 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Onderzoek: Unutzer et al., 2002 en 2006

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Het effect van interventies op ouderen met suïcide-ideatie.  |
| Type         | RCT <ul style="list-style-type: none"><li>• Setting: eerste lijn.</li><li>• IMPACT: activeringsprogramma's, <i>care manager</i>, medicamenteuze of gedragstherapie.</li><li>• Uitkomstmaat: suïcide-ideatie.</li></ul>   |
| Populatie    | Ouderen 60 + met MDD of dysthymie. <ul style="list-style-type: none"><li>• Gerandomiseerd naar IMPACT groep of controlegroep (CAU).</li></ul>  |
| Aantal       | 909.   |
| Follow-up    | 2 jaar.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Na 12 maanden significant lagere suïcide-ideatie in interventie-groep versus CAU-groep.</li><li>• Significant snellere afname van depressie en ten opzichte van de controlegroep.</li><li>• Betere ervaren kwaliteit van leven, en minder functionele beperkingen.</li></ul> |
| Beoordeling  | B  |
| CAU          | <i>care as usual</i>   |
| IMPACT       | Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (onderzoek-sprogramma)  |
| MDD          | <i>major depressive disorder</i> (depressie in engere zin)   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |



*Onderzoek: Vaiva et al., 2006*

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effect van telefonische follow-up van suïcidepogers.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting: dertien emergency departments.</li> <li>• Locatie: Noord-Frankrijk.</li> <li>• Training onderzoekers: psychiaters met vijf jaar of langer ervaring met suïcidepogers.</li> <li>• Interventie: telefonisch consult na één maand (n = 147) of na drie maanden (n = 146). interventie hield in: poging compliance te verhogen en korte crisisinterventie indien nodig.</li> <li>• Controle: TAU (n = 312).</li> <li>• Primaire uitkomstmaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– aantal patiënten dat opnieuw suïcidepoging deed na dertien maanden;</li> <li>– aantal suïcides na dertien maanden.</li> </ul> </li> <li>• Secundaire uitkomstmaat: soort en aantal contacten met gezondheidszorg</li> </ul> |
| Populatie    | Leeftijd, sekse, aantal eerdere pogingen en ernst psychopathologie: geen significante verschillen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– patiënten tussen 18-65 jaar die suïcidepoging hadden gedaan;</li> <li>– gezien door psychiater en naar huis ontslagen;</li> <li>– met huisarts;</li> <li>– met telefoon.</li> </ul> </li> </ul>   |
| Aantal       | N = 605 (interventiegroep: telefonisch consult na één maand (n = 147) of na drie maanden (n = 146); controlegroep (TAU): n = 312).   |
| Follow-up    | 13 maanden.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij één maand: interventiegroep significant minder suïcidepogingen dan bij controlegroep</li> <li>• Bij follow-up tussen de drie groepen wat betreft suïcidepogingen en suïcides geen significant verschil.</li> <li>• Na dertien maanden suïcidepoging minder waarschijnlijk bij groep die na één maand werd gebeld.</li> <li>• Interventiegroep significant vaker contact met huisarts om over suïcide te praten.</li> </ul>  |
| Beoordeling  | A2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisatie: ja; Toewijzing verborgen: ja; Behandelaar geblindeerd: ja; Patiënt geblindeerd: ?; Effectbeoordelaar geblindeerd: ja; Interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; Follow-up voldoende: ja; Intention-to-treatanalyse: ja; Financiering: 1 subsidie van onafhankelijke organisatie.</li> </ul>   |
| RCT          | <i>randomised controlled trial</i> (vergelijking tussen interventie- en controlegroep, waaraan deelnemers willekeurig toegewezen zijn)   |
| TAU          | <i>treatment as usual</i>  |

## 452 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

---

### Onderzoek: Verwey et al., 2009

---

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nagaan van conditie van suïcidepogers enkele dagen na een poging.</li><li>2. Nagaan of zij hulp willen.</li><li>3. Nagaan wat suïcidepogers zich herinneren van de in het ziekenhuis gemaakte afspraken.</li></ol>  |
| Type         | <p>Prospectief open onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Setting: ziekenhuis en bij patiënten thuis.</li><li>• Locatie: Ziekenhuis Rijnstate Arnhem.</li><li>• Training onderzoekers: aio's en nurse practitioners getraind in het afnemen van een semigestructureerd interview.</li><li>• Uitkomstmaten<ul style="list-style-type: none"><li>– zelfrapportagevragenlijsten: Suicide Intent Scale (SIS); Parasuicide Motivation Questionnaire (PMQ); Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); Self-esteem Scale (SES); Behoeftelijst..</li><li>– Alleen bij tweede meting: vragen naar herinneren van afspraken.</li><li>– Tijdsinterval tussen beide tests: binnen vijf dagen.</li><li>– Brief Symptom Inventory (BSI).</li></ul></li></ul> |
| Populatie    | <p>Vrouwen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclusie: patiënten opgenomen na suïcidepoging.</li><li>• Exclusie: niet Nederlands lezen; delier; somatisch niet in staat.</li></ul>  |
| Aantal       | 52 van 195 opeenvolgende suïcidepogers.  |
| Follow-up    | 5 dagen.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"><li>• SIS, PMQ, BSI: geen significante verschillen.</li><li>• PSWQ, SES: thuis piekeren suïcidepogers significant meer en hebben significant lagere zelfwaardering.</li><li>• Zes van de zeven die in ziekenhuis hulp weigerden, wilden thuis toch hulp.</li><li>• Een derde vergeet afspraken.</li></ul>  |
| Beoordeling  | <p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ziektespectrum in onderzoek representatief voor praktijksituatie: ja; opeenvolgende patiënten of aselechte steekproef: opeenvolgende patiënten; indextest voldoende beschreven voor reproduceerbaarheid: ja; beoordeling indextest onafhankelijk van klinische informatie: ja; valide referentietest: ja; alle patiënten zowel index- als referentietest ondergaan: ja; uitslagen referentie- en indextest onafhankelijk van elkaar beoordeeld: ja; financiering: geen.</li></ul>  |

---

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| BSI  | Brief Symptom Inventory              |
| SIS  | Suicide Intent Scale                 |
| PMQ  | Parasuicide Motivation Questionnaire |
| PSWQ | Penn State Worry Questionnaire       |
| SES  | Self-esteem Scale                    |

---

*Onderzoek: Voaklander et al., 2008*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Somatische aandoeningen, medicatiegebruik en suïcide bij ouderen.   |
| Type         | <i>Population-based, case sexmatched control study.</i>   |
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Post-mortemonderzoek bij 602 personen na suïcide.</li> <li>• Periode van 10 jaar: 1993-2002.</li> </ul>  |
| Populatie    | 66+   |
| Aantal       | 602 personen (controlegroep: 2.999).<br><i>sexmatched controls ratio: 1:5.</i>  |
| Follow-up    | Geen.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Man-vrouwverhouding: 72:28.</li> <li>• Depressie: verhoogd risico.</li> <li>• Neurotische problematiek: verhoogd risico.</li> <li>• Dementie: geen verhoogd risico.</li> <li>• Diabetes: geen verhoogd risico.</li> <li>• Kanker verhoogd risico.</li> <li>• Incontinentie verhoogd risico.</li> <li>• Leverziekten verhoogd risico.</li> <li>• Lineair verhoogd risico bij benzodiazepinengebruik en narcotische pijnstillers.</li> <li>• Verhoogd antidepressivumgebruik werd geconstateerd bij de suïcidanten.</li> <li>• De correlatie tussen suïcides en gebruik van pijnstillers en benzodiazepines was in gelijke mate gecorreleerd met vergiftigingssuïcides en niet-vergiftigingssuïcides.</li> <li>• Tevens werd een tendens gesignaleerd van een groter risico bij gehospitaliseerde patiënten en na hospitalisatie.</li> </ul> |
| Beoordeling  | B   |

---

*Onderzoek: De Vries et al., 2008*

---

|              |   |
|--------------|---|
| Doel(en)     | Overzicht maken voor en nadelen non-suïcidecontracten.  |
| Type         | Literatuuroverzicht en gegevens Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg.  |
| Populatie    | meldingen van suïcide aan de IGZ.   |
| Aantal       | 505.  |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• In 505 meldingen van suïcide aan de inspectie bleek in 23% van de gevallen een non-suïcideafsprake te vigeren.</li> <li>• Non-suïcidecontracten worden eerder gebruikt bij hoog suïcide risico.</li> </ul> |
| Beoordeling  | D   |
| IGZ          | Inspectie voor de Gezondheidszorg   |

**454** Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

*Onderzoek: Weinberg et al., 2006*

|              |  |
|--------------|--|
| Doel(en)     | Effectiviteit nagaan van een korte individuele therapie ondersteund door Manual Assisted Cognitive Treatment (MACT) voor BPD- en/of DSH-patiënten.   |
| Type         | RCT. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blinding: deels.</li> <li>• Onderzoeksduur: twee maanden behandeling plus 6 maanden follow-up.</li> <li>• Setting: deelnemers via kranten en instellingen geworven voor onderzoek.</li> <li>• Locatie: Hospital, Boston.</li> <li>• Interventie: MACT, zes sessies bovenop TAU.</li> <li>• Controle: TAU.</li> <li>• Adherence niet gemonitord</li> <li>• Primaire uitkomstmaat: DIBR.</li> <li>• Secundaire uitkomstmaten: PHI, SBQ, TUI-FA.</li> </ul> |
| Populatie    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd: 18-40 gemiddeld 28; sekseratio: 100% vrouwen.</li> <li>• Inclusie: BPD, herhaalde DSH.</li> <li>• Exclusie: psychose, bipolair, substance dependence, verhoogd suïciderisico (BSI &gt; 9) en actueel plan om suïcide te plegen.</li> </ul>  |
| Aantal       | N = 30.  |
| Follow-up    | 6 maanden.   |
| Uitkomst(en) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder frequent zelfbeschadigend gedrag, en minder ernstig DSH bij zes maanden.</li> <li>• Geen verschil in suïcide-ideatie (!).</li> </ul>   |
| Beoordeling  | B <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine aantallen.</li> <li>• Randomisatie: ja; toewijzing verborgen: niet van toepassing; behandelaar geblindeerd nee; patiënt geblindeerd nee; effectbeoordelaar geblindeerd: ja; interventie- en controlegroep vergelijkbaar: ja; follow-up voldoende: ja; intention-to-treatanalyse: onduidelijk.</li> </ul>   |
| BPD          | <i>borderline personality disorder</i> (borderline persoonlijkheidsstoornis)   |
| DIBR         | Diagnostic Interview for Borderline, Revised   |
| DSH          | <i>deliberate self-harm</i>  |
| MACT         | Manual Assisted Cognitive Treatment  |
| PHI          | Parasuicide History Interview  |
| SBQ          | Social Behavior Questionnaire  |
| TAU          | <i>treatment as usual</i>  |
| TUI-FA       | Treatment Utilization Interview, Follow-Along Version  |