

De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Dr. B. Verwey, psychiater

Ziekenhuis Rijnstate Arnhem

Prof. dr. A.M. van Hemert, psychiater

LUMC, Leiden

Dr. R.F.P. de Winter, psychiater

Parnassia Groep, Den Haag

januari 2013 manuscript voor Psyfar

Samenvatting

Dit artikel biedt een overzicht van de *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag*. De richtlijn gebruikt een geïntegreerd model voor stress-kwetsbaarheid en entrapment om een ordening aan te brengen in de factoren die voor de diagnostiek en behandeling van belang zijn. Als algemene principes die steeds van belang zijn worden contact maken, veiligheid, naasten betrekken en continuïteit beschreven. Diagnostiek van suïcidaal gedrag is in een groot aantal klinische situaties aangewezen. De diagnostiek is niet zozeer gericht op het voorspellen van suïcide, maar op het indiceren van interventies. De interventies worden verdeeld in eerste interventies, die vooral zijn gericht op de eerste veiligheid, en behandeling op langere termijn die worden verdeeld in psychofarmacologische en psychotherapeutische interventies met een direct effect op suïcidaal gedrag en interventies die een vermindering van suïcidaal gedrag geven door beïnvloeding van psychiatrische aandoeningen. Van lithiumcarbonaat en clozapine is aangetoond dat zij suïcidaal gedrag bij patiënten met bipolaire stoornissen respectievelijk schizofrenie, verminderen.

Trefwoorden

Suïcidaal gedrag, suïcidaliteit, richtlijn, diagnostiek, behandeling, psychofarmaca

Leerdoelen

- Inzicht krijgen in de *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* waardoor u in de praktijk beter in staat bent om patiënten met dergelijk gedrag de juiste zorg te verlenen.
- Na lezen van dit artikel kent u de algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
- Na lezen van dit artikel weet u welke farmaca bij welke psychiatrische aandoeningen, op evidentie gebaseerd, suïcidaal gedrag kunnen verminderen.

Inleiding

Recent verscheen de *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal gedrag*, bedoeld voor psychiaters, psychologen, huisartsen en psychiatrisch verpleegkundigen (van Hemert e.a., 2012). De richtlijn biedt professionals, vanuit verschillende disciplines, concrete aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, op basis van het best beschikbare bewijs. Omdat suïcide een vrij zeldzame uitkomst is van een proces dat door vele factoren beïnvloed wordt is prospectief gecontroleerd onderzoek naar de validiteit van diagnostiek en het effect van behandelinterventies zeer beperkt beschikbaar. Maar het nalaten van interventies bij suïcidaal gedrag of het vermoeden daarop is ethisch niet acceptabel. De richtlijn is gebaseerd op bestaande internationale richtlijnen, aangevuld met de recente literatuur van na 2002. Op basis van de bewijskracht van de literatuur en expert consensus zijn aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk. Daarnaast wordt in dit artikel een aantal recente ontwikkelingen op farmacologisch gebied beschreven die niet in de richtlijn zijn opgenomen. Dit omdat in de recente literatuur aandacht wordt besteedt aan een aantal bevindingen, waarvan de implicaties twijfelachtig zijn. In de laatste paragraaf worden een aantal onderdelen van de richtlijn aangegeven die vanwege beperkte ruimte hier onvoldoende zijn beschreven.

Visie op suïcidaal gedrag

Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1600 mensen door suïcide. Het aantal suïcidepogingen bedraagt rond de 94.000, waarvan er ongeveer 15.000 op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komen voor behandeling en zo'n 9.400 worden opgenomen. Met gedachten aan suïcide kampen nog eens 410.000 personen. Daarmee is suïcidaal gedrag een omvangrijk gezondheidszorgprobleem, voor patiënten, professionals en instellingen, zowel in de somatische als de geestelijke gezondheidszorg.

In de richtlijn wordt voor de definiëring van suïcidaal gedrag aangesloten bij de internationaal meest gebruikelijke, namelijk: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term gedrag verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten. De intentie van suïcidaal gedrag is zelden eenduidig en kan variëren in de tijd: de wens om te sterven staat meestal tegenover of gaat samen met de wens te willen leven. Daarbij is er ook niet altijd sprake van een vrije wil. Suïcidaal gedrag kan een uiting zijn van wanhoop, de wens aan een ondraaglijke situatie te willen ontsnappen, niet meer te willen denken, de angst de controle over zichzelf te verliezen of de bedoeling een ander iets duidelijk te maken. Een hoge mate van letaliteit van een suïcidepoging gaat gepaard met een hoog suïciderisico, maar een geringe mate kan ook riskant zijn, omdat iemand niet altijd een juiste inschatting van de gevolgen van een poging maakt. Dit betekent in de praktijk dat professionals iedere vorm van suïcidaal gedrag serieus moeten nemen.

Bij ieder individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologisch en sociale factoren. Statistisch hangt suïcidaal gedrag en suïcide samen met een groot aantal risicofactoren en beschermende factoren (Kader 1). Er zijn echter geen instrumenten om het optreden van een suïcide met enige betrouwbaarheid te voorspellen. De sensitiviteit en specificiteit van een statistische voorspelling is voor klinische toepassingen veruit onvoldoende.

-- Kader 1 ongeveer hier --

De richtlijn beveelt aan om bij de ordening van de factoren die met het suïcidale gedrag samenhangen gebruik te maken van een *stress-kwetsbaarheid en entrapment model* te gebruiken zoals weergegeven in Figuur 1. Dit geeft een overzicht van de duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden. Daarbij is het van belang te realiseren dat psychiatrische

stoornissen spelen als stressoren bij suïcidaal gedrag een grote rol. In psychologisch autopsyonderzoeken is gevonden dat de helft tot driekwart van de suïcides aan een psychiatrische stoornis kan worden toegeschreven, met name aan stemmingsstoornissen (Cavanagh et al., 2003). Het begrip *entrapment* is in het model opgenomen als het psychologische proces van de ontwikkeling van suïcidaal gedrag en het optreden van een verminderd probleemoplossend vermogen. Als reactie op actuele stressoren kunnen mensen die daar gevoelig voor zijn zich gevangen voelen in een situatie waaruit zij geen andere uitweg meer zien dan de dood. In deze toestand van "*entrapment*" ofwel "*klemzitten*" ervaart het individu geen uitzicht meer om uit een voor hem of haar onoverkomelijk kwellende situatie weg te komen. Deze toestand kan gepaard gaan met een verminderd cognitief functioneren, dat zich onder andere uit in tunneldenken, zwart-wit denken, concentratiestoornissen, catastrofaal denken en overgeneraliseren. De mogelijkheden tot adequaat contact en de beoordeling van wat de patiënt zegt of doet kunnen hierdoor worden beïnvloed. Als iemand volledig vast zit in zijn overtuiging dood te willen valt aan een gedwongen opname vaak niet te ontkomen. Het directe handelen moet dan eerst gericht zijn op bescherming, om vervolgens zorg te dragen voor de noodzakelijk juridische afhandeling.

-- Figuur 1 ongeveer hier --

Algemene principes

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag betekent geconfronteerd worden met de dreiging met de dood. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. De Richtlijn beveelt nascholing en intervisie aan voor alle professionals die betrokken zijn bij patiënten met suïcidaal gedrag. In de Richtlijn staan vier algemene principes beschreven, die bij suïcidaal gedrag steeds van belang zijn: 1) het contact maken, 2) het organiseren van veiligheid, 3) het betrekken van

naasten en 4) het tot stand brengen van continuïteit van zorg. Het maken van contact is een essentiële voorwaarde om tot een werkrelatie te komen. Contact leggen met een suïcidale patiënt kan belemmerd worden door de toestand waar deze in verkeert (zie entrapment), maar ook door emotionele reacties van de professional zelf. Het organiseren van veiligheid voor de bescherming en behandeling van de patiënt vergt oog voor dit aspect en kennis over het handelen in risicovolle situaties. Daarbij moet beroep gedaan kunnen worden op hulp van anderen (beveiligingspersoneel, politie). Het betrekken van naasten is in vele gevallen aan te bevelen omdat zij relevante informatie hebben, kunnen helpen om veiligheid te creëren, maar ook omdat zij zelf uitleg en steun nodig kunnen hebben. In de richtlijn is er nadrukkelijk voor gekozen om te spreken van een bondgenootschap van professionals, patiënt en naasten om suïcidaal gedrag te beoordelen en suïcide te voorkomen. Aandacht voor de continuïteit van zorg is essentieel, omdat suïcidale patiënten dikwijls tussen de wal en het schip van de hulpverleners verzeild raken. Zij komen op een spoedeisende hulp, worden daar, al of niet na een opname, beoordeeld door een of meerdere assistenten en vervolgens voor nazorg verwezen naar de huisarts, eigen behandelaar of een nog niet bekende professional van een GGZ-instelling. Ook in crisissituaties kan er in dit opzicht veel misgaan. In de Richtlijn wordt verwezen naar het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit (Hermens e.a., 2010), waar systematisch in beschreven wordt hoe de continuïteit van zorg voor suïcidaal gedrag in de keten van zorg moet worden gewaarborgd.

Diagnostiek

Kader 2 geeft een schematisch overzicht van het diagnostisch proces bij suïcidaal gedrag. De diagnostiek richt zich in eerste instantie vooral op het inschatten van de prognose en het indiceren en organiseren van zorg. De diagnostiek omvat herkenning, onderzoek van de

suïcidale toestand, onderzoek van het complex van factoren dat daartoe aanleiding heeft gegeven en beoordeling van de mate waarin de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen. Aanbevolen wordt om voor het uitvragen van de suïcidale toestand gebruik te maken van de CASE methodiek (Shea, 1998), Bij deze methode worden eerst de recente gebeurtenissen uitgevraagd, vervolgens de situatie en ervaringen, dan de de langere voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag en tenslotte de verwachtingen in de directe toekomst, in relatie tot het suïcidale gedrag. Het onderzoek resulteert in een structuurdiagnose, die is opgebouwd uit een beschrijving van de huidige suïcidale toestand, een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren, hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag en een inschatting van de mate van wilsbekwaamheid. Op basis van de beschikbare informatie maakt de professional met patiënt en naasten een inschatting van de prognose en indiceert interventies voor de korte en langere termijn. In het schema zijn ook de hiervoor beschreven algemene principes opgenomen van contact maken, veiligheid organiseren, naasten betrekken en zorgen voor continuïteit.

-- Kader 2 ongeveer hier --

De werkgroep stelt in de Richtlijn dat het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek tot de basisvaardigheden behoort van alle artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten in de gezondheidszorg. Het onderzoek naar etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag en de indicatiestelling voor behandeling zijn specialistische vaardigheden, die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. De beoordeling of iemand wilsbekwaam is om te beslissen over noodzakelijke medische behandeling, is voorbehouden aan een arts. Daarbij wordt gesteld dat, voor zover de professionele bevoegdheden niet zijn geregeld in de Wet BOPZ (dwangopname) en de Wet BIG (onder andere voorschrijven van medicatie), het professioneel statuut van de

instelling waar de deskundige werkt de professionele vastlegt.

De Richtlijn beschrijft het doel, de voorbereiding, het onderzoek en de afronding van het diagnostisch proces. Het voorspellen van suïcidaal gedrag of een suïcide is niet mogelijk, althans er bestaat geen instrument dat voldoende valide is om dit vast te stellen. Risicofactoren voor een suïcide (zie kader 1) zijn afgeleid uit retrospectief en naturalistisch onderzoek, maar geven weinig steun bij de individuele patiënt, behalve dat een gewaarschuwd mens voor twee telt. In de lijn van de visie ten aanzien van suïcidaal gedrag spreekt de Richtlijn niet van risicofactoren maar van stress-kwetsbaarheidsfactoren. De Richtlijn geeft aan dat onderzoek naar suïcidaal gedrag noodzakelijk is bij patiënten die suïcidale uitspraken doen of een suïcidepoging hebben gedaan, bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen, bij uitingen van wanhoop, na ernstige verlieservaringen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen, op transitie momenten in lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname, bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis en in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

Behandeling

De Richtlijn maakt onderscheid tussen eerste interventies en interventies voor de langere termijn (kader 3). De interventies vloeien in het ideale geval voort uit de structuurdiagnose. Bij de eerste interventies gaat het in feite om de vragen: wat moet er nu gebeuren, hoe realiseer ik dat en waar? Het gaat eerst om de beoordeling of direct somatische interventies moeten worden geregeld. Vervolgens worden psychiatrische en psychosociale interventies overwogen, beïnvloeding van de aanleidingsfactoren, bevorderen van de veiligheid, indicatiestelling van de

behandelsetting en organiseren van continuïteit van zorg. Bij ambulante of klinische behandeling wordt aanbevolen, om bij voorkeur, samen met de patiënt een veiligheids- of signaleringsplan en een behandelplan te maken. Hier wordt nog eens benadrukt dat bij voorkeur naasten worden betrokken. Als de patiënt na een poging naar huis gaat, dan is een spoedige herbeoordeling aan te raden. Aangevoerd is dat zowel een telefonisch contact als een huisbezoek de therapietrouw bevorderen en recidieven kunnen verminderen.

-- Kader 3 ongeveer hier --

De behandeling op langere termijn richt zich op twee aspecten: op behandeling van het suïcidale gedrag zelf en de behandeling van stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Voor behandeling van het suïcidale gedrag zijn farmacotherapie en psychotherapie mogelijkheden. Farmacotherapie van suïcidaal gedrag is alleen bewezen effectief als dat gedrag bij stemmingsstoornissen of schizofrenie voorkomt. Voor suïcidaal gedrag bij depressie zijn antidepressiva effectief gebleken, zij het dat daar kritische kanttekeningen bij zijn te maken. Er is met name sterk en consistent bewijs dat het gebruik van lithiumcarbonaat bij patiënten met een stemmingsstoornis geassocieerd is met minder suïcides en suïcidepogingen. Hetzelfde geldt voor clozapine bij patiënten met schizofrenie. Psychotherapeutische interventies die bewezen effectief zijn ten aanzien van het verminderen van suïcidaal gedrag zijn oplossingsgerichte- en cognitieve psychotherapie. Ook psychodynamische therapie kan helpen, maar de evidentie voor het effect is minder duidelijk.

Behandeling van stress-kwetsbaarheidsfactoren op de langere termijn richt zich vooral op de behandeling van psychiatrische stoornissen volgens de geldende richtlijnen. Het meest specifiek is het toepassen van psychotherapie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen onderzocht. Zowel dialectische therapie als mentalization based psychotherapy, schema-focused en transference focused zijn bewezen effectief, met name bij borderline patiënten; dat wil zeggen

dat het suïcidaal gedrag vermindert. Daarnaast kan behandeling of begeleiding van andere stress-kwetsbaarheidsfactoren zijn aangewezen.

Psychofarmaca en suïcidaal gedrag

Gezien het belang van de psychofarmacologische behandeling van suïcidaal gedrag wordt hier een aparte paragraaf aan gewijd. In de Richtlijn wordt stilgestaan bij de eerste interventies bij suïcidaal gedrag. Het kan gaan om patiënten met ernstig ontregeld gedrag, zoals agitatie, verwardheid, angst en psychose. Dergelijke patiënten kunnen ter bescherming van zichzelf medicamenteus ingrijpen noodzakelijk maken. Er is geen direct bewijs welke middelen hierbij het beste helpen, in de praktijk worden bij ernstige opwindingstoestanden en angstsymptomen benzodiazepinen en bij psychotische symptomen antipsychotica aanbevolen. Zeker in de acute situatie moeten contra-indicaties daarbij zorgvuldig worden afgewogen.

Na de eerste interventies wordt in de richtlijn de behandeling op langere termijn beschreven. Vooralnog is er onvoldoende direct bewijs dat antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en ECT specifiek helpen in het reduceren van suïcidaal gedrag. Voor clozapine en lithium is er wel specifieke evidentie bij suïcidaal gedrag. Van clozapine is overtuigend aangetoond dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij schizofrenie en van lithium is er duidelijke evidentie dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij de bipolaire stoornis en resterende stemmingsstoornissen.

Van antidepressiva is wel aangetoond dat ze effectiviteit van antidepressiva aangetoond in de behandeling van depressie (de meest voorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen, maar er is nog geen onomstotelijke evidentie dat dit het aantal suïcides vermindert (Mann & Currier, 2010; Baldessarini & Tondo, 2010),. Er is in verschillende

landen wel een relatie gezien met de hoeveelheid voorschriften van antidepressiva in de bevolking en een afname van het aantal suïcides. Deze relatie is voor Nederland niet gevonden. Voor ECT is er enig bewijs dat het een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan andere symptomen van een depressie.

Bij patiënten met schizofrenie leidt het gebruik van clozapine tot een afname van suïcide, suïcidepogingen en opnames. In een meta-analyse van 6 onderzoeken naar de effecten van clozapine versus andere antipsychotica bij de behandeling van psychotische patiënten bleek bij de behandeling met clozapine een 2,9 maal grotere reductie van suïcides en 3,3 maal grotere reductie van suïcidepogingen (Hennen & Baldessarini, 2005). Een overzicht van cohortonderzoeken, case-controleonderzoeken en retrospectieve onderzoeken van registraties van medicatievoorschriften van clozapine bevestigt deze bevinding (Meltzer, 2010).

Gebruik van lithium bij patiënten met een stemmingsstoornis is geassocieerd met minder suïcidepogingen en suïcides (Baldessarini & Tondo, 2010). Dit geldt zowel voor patiënten met een bipolaire stoornis als met een unipolaire depressie. Een meta-analyse van acht onderzoeken bij patiënten met een recidiverende depressie, waarin lithium werd vergeleken met behandelingen zonder lithium, liet een viervoudig verminderd risico zien op suïcide en suïcidepogingen bij de behandeling met lithium (Guzzetta et al., 2007). Het risico van suïcidaal gedrag bij patiënten met een unipolaire depressie of een bipolaire I- of II-stoornis blijkt bij gebruik van lithium niet hoger te zijn dan in de algemene populatie. Stoppen met lithium bij bipolaire patiënten geeft een fors verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen (Baldessarini et al., 1999).

Van andere stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur, olanzapine, lamotrigine) is in de profylaxe van recidiverende stemmingsepisodes vooralsnog geen bewijs gezien dat deze middelen suïcidaal gedrag verminderen (Baldessarini & Tondo, 2010). In een recente

gerandomiseerde klinische studie met lithium en valproïnezuur bij patiënten die gedurende 2.5 jaar behandeld werden na een suïcidepoging was er geen verschil tussen beide middelen voor de uitkomst van suïcidaal gedrag (Oquendo ea. 2011).

Er zijn voorlopige bevindingen voor het anaestheticum ketamine dat als add-on bij onder andere lithium en valproïnezuur een snel positief effect zou laten zien op vermindering van suïcidaal gedrag (Zarate ea 2012). Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of ketamine een plaats heeft in de (acute) behandeling van suïcidaal gedrag.

Niet alleen is het moeilijk gebleken het effect van antidepressiva op suïcidaal gedrag bij depressies aan te tonen, er zijn ook aanwijzingen dat het gebruik van deze middelen suïcidaal gedrag zou kunnen verergeren dan wel oproepen. De Richtlijn geeft de volgende informatie. Na enkele casereports over toegenomen agressie, impulscontroleverlies en kans op suïcide door gebruik van ssri's zijn diverse onderzoeken naar dit vermeende effect uitgevoerd. Dit effect is in zeer grote meta-analyses van registratie trials niet bevestigd. Wel zijn er klinische casusverslagen die wijzen op de mogelijkheid van een plotselinge toename van suïcidaal gedrag na de start met antidepressiva, zowel bij jongeren als bij volwassenen en ouderen. Aangenomen wordt dat de remming verminderd is, terwijl de stemming nog even somber is. Clinici dienen hier alert op te zijn. Het is van belang om de patiënt in te lichten over het mogelijk optreden van toenemende angst en onrust bij het starten van antidepressiva. De eerste weken na het starten met antidepressiva moet de arts de klinische toestand van de patiënt nauwlettend volgen. bij agitatie, onrust of slaapproblemen is behandeling met sedativa te overwegen. Om het optreden van nadelige gevolgen door overdosering met antidepressiva te verminderen is er bij de behandeling van depressie met suïcidaliteit als regel een voorkeur voor niet-tca's en niet-MAO-remmers die in kleine hoeveelheden per recept worden voorgeschreven.

Er is nog discussie over de vraag is of het voorschrijven van antidepressiva bij adolescenten

een toename van suïcidaal gedrag kan uitlokken. Data gepoold over een aantal kortdurende RCT's laten zien dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongere patiënten met een depressieve stoornis kan leiden tot meer suïcidepogingen en suïcide-ideatie (Baldessarini & Tondo, 2010). Het is niet aangetoond dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongeren leidt tot meer suïcide.

Nawoord

Verskillende onderdelen van de Richtlijn konden hier niet aan bod komen. Het gaat om het hoofdstuk Handelen na een suïcide en verschillende bijlagen, waaronder die over Gezondheidswetgeving en suïcidaal gedrag. Ook zijn de onderdelen voor verpleegkundigen, spoedeisende hulp artsen en huisartsen en de paragrafen die over ouderen, jongeren en allochtonen gaan hier niet besproken. De volledige richtlijn vindt u op www.ggzrichtlijnen.nl.

Referenties

Baldessarini RJ, & Tondo L. Psychofarmacology for suicide prevention. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. Evidence-based practice in suicidology (pp. 233-253). Göttingen: Hogrefe & Huber, 2010.

Baldessarini RJ, Tondo L, & Viguera AC. Effects of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 1999; 1: 17-24.

Goldney D.R. Suicide prevention. Oxford: Oxford University Press, 2008

Guzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in

recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 380-383

Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, Hummelen JW, Groot MH de, Lucassen P, Meerdinkveldboom J, Steendam M, Stringer B en Verlinde AA, (Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag) en Glind G van de, (projectleiding). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012

Hennen J, & Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2005; 73: 139-145.

Hermens M, Wetten H. van, & Sinnema H. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg Suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Mann JJ, & Currier D. Evidence-based suicide prevention strategies: An overview. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 65-85). Göttingen: Hogrefe and Huber, 2010.

Meltzer HY. Evidence-based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 301-311). Göttingen: Hogrefe and Huber, 2010.

Oquendo MA, Galfalvy HC, Currier D, Grunebaum MF, Sher L, Sullivan GM, e.a. Treatment of suicide attempters with bipolar disorder: a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2011 168(10):1050-6.)

Sharma V. The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001; 46: 704-9.

Shea SC. The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 58-72.

Williams JMG., et al. Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press, 2005.

Zarate CA Jr, Brutsche NE, Ibrahim L, Franco-Chaves J, Diazgranados N, Cravchik A, e.a. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry* 2012; 71:93 9-46.

