
DIAGNOSTIEK VAN SUÏCIDAAL GEDRAG VANUIT VERPLEEGKUNDIG PERSPECTIEF

N. Kool, B. Stringer en A.M. van Hemert

Inleiding

Psychiatrisch verpleegkundigen hebben in hun werk regelmatig te maken met mensen die ernstig lijden. Voor een aantal van deze mensen is dit lijden dusdanig ondraaglijk dat zij overwegen om hun leven te beëindigen, een aantal mensen doet dit ook daadwerkelijk. Gemiddeld plegen in Nederland 1600 mensen per jaar suicide (CBS). Het aantal mensen dat een suïcidepoging doet is rond 94.000 per jaar en 410.000 mensen in de Nederlandse bevolking hebben weleens suïcidegedachten (Ten Have et al. 2006). Hoewel suïcide niet voorbehouden is aan mensen met een psychiatrische diagnose, blijkt uit onderzoek dat bij 47% tot 74% van alle mensen de suïcide is toe te schrijven aan psychiatrische problematiek (Cavanagh et al. 2003). Het uitvragen en bespreken van suïcidaal gedrag is een belangrijk aandachtspunt in elke psychiatrische behandeling. In aansluiting op de internationale term 'suicidal behavior' wordt suïcidaal gedrag gedefinieerd als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden (Hemert et al. 2012).

Verpleegkundigen hebben een belangrijke functie in het signaleren, monitoren en behandelen van suïcidaal gedrag. Zowel in de klinische en poliklinische setting als in de begeleiding in de thuissituatie of in woonvormen, staan de verpleegkundigen in nauw contact met hun patiënten. Door hun gerichtheid op de hier-en-nu situatie zijn zij goed in staat veranderingen in het toestandsbeeld waar te nemen en daarop te reageren. Zij weten vaak op welke momenten zij een vinger aan de pols moeten houden. In de praktijk echter, lijken verpleegkundigen hun rol ten aanzien van de zorg voor suïcidale patiënten te onderschatten en moeilijk te vinden (Gilje, Talseth, & Norberg 2005; Verhoeven et al. 2007). Er lijkt soms verwarring te bestaan over de rol en m.n. over de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige t.a.v. de behandeling van suïcidale patiënten. Vanaf mei 2012 is de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag operationeel. De richtlijn bevat aanbevelingen voor zorgprofessionals voor het handelen in de verschillende fasen van suïcidaal gedrag waarbij ook speciale aandacht is voor de rol van de verpleegkundigen.

Dit artikel heeft als doel een algemeen overzicht te geven van suïcidaal gedrag, en zal specifiek ingaan op de rol van verpleegkundigen bij het diagnosticeren van suïcidaal gedrag.

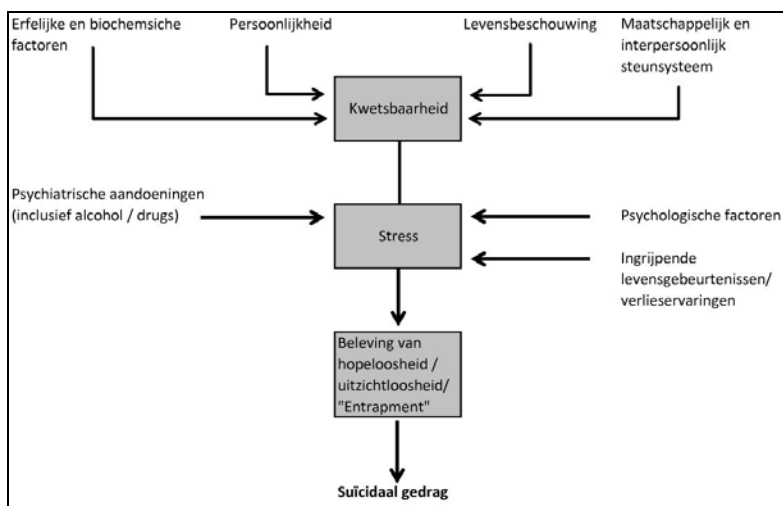
Suïcidaal gedrag en psychiatrische stoornissen

Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer drie keer zoveel mensen door suïcide dan door verkeersongevallen (Kerkhof 2010). Het overgrote deel van deze mensen heeft een psychiatrische stoornis (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie 2003). Patiënten met een depressieve stoornis lopen het grootste risico op overlijden door suïcide, waarbij de ernst van de stoornis het risico bepaalt: hoe ernstiger hoe groter het risico (Kerkhof 2010). Vooral als er naast de depressie sprake is van hopeloosheid moet men beducht zijn voor suïcide: als de verwachting is dat er niets positiefs meer uit het leven te behalen is, is er weinig aanleiding tot verder leven. Ingrijpende gebeurtenissen, zoals het verlies van naasten, werk of gezondheid, kunnen hierin een luxerende rol spelen.

Ook patiënten met een bipolaire stoornis worstelen veel met suïcidale gedachten en de helft van hen onderneemt wel eens een poging tot suïcide (Hawton et al. 2005b; Tondo, Isacsson, & Baldessarini 2003). Daarnaast zijn er nog een aantal andere psychiatrische stoornissen die een risicofactor vormen voor suïcide: angststoornissen, verslaving aan middelen, schizofrenie en psychotische stoornissen, anorexia nervosa en persoonlijkheidsstoornissen met in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn belangrijke diagnosen. Bij angststoornissen zijn suïcidedgedachten en suïcidepogingen een belangrijk symptoom, waarbij comorbiditeit met depressie en alcoholafhankelijkheid de suïcidaliteit vergroot (Sareen et al. 2005). Verslaving aan middelen vormt een risico op suïcide, drugsverslaafden lopen hierbij een groter risico dan alcoholverslaafden (Kerkhof 2010). Bij patiënten met schizofrenie vormt comorbiditeit met depressie, alcoholgebruik, rusteloosheid, niet-therapietrouw en verlies een verhoogd risico op suïcide (Hawton et al. 2005a). Hoewel suïcidepogingen bij zowel boulimia nervosa als anorexia nervosa regelmatig voorkomen, is alleen bij de laatste stoornis een verhoogde kans op suïcide gevonden (Pompili et al. 2006). Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is suïcidaal gedrag een belangrijk aandachtspunt in de behandeling: suïcidepogingen komen voor bij 75% van deze patiëntengroep en 10% suïcideert zich (Luyn 2007; Luyn 2010). Ook voor deze stoornis geldt dat comorbiditeit met andere stoornissen en m.n. depressie de kans op suïcide vergroot.

Achterliggende factoren

Naast psychiatrische stoornissen, spelen psychologische processen een rol bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. In de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag worden twee modellen beschreven die helpend zijn bij het ordenen van de achterliggende factoren die kunnen leiden tot suïcidaal gedrag: het stress-kwetsbaarheidsmodel en het entrapment model (Goldney 2008; Williams & et al. 2005). Het stress-kwetsbaarheidsmodel verklaart suïcidaal gedrag uit de combinatie van duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen en stress factoren die het actuele gedrag in gang zetten en laten voortbestaan (zie figuur 1).



Figuur 1: Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney 2008; Williams et al. 2005).

Het entrapment model beschrijft de blikvernaauwing die zo kenmerkend is voor mensen met suïcidaal gedrag: het niet weten hoe het verder moet, de voortdurende pijn die als ondraaglijk en onoplosbaar ervaren wordt, het ontbreken van enig vertrouwen dat het ooit nog beter wordt, maken de suïcidale patiënt zo wanhopig dat de dood de enige oplossing lijkt. Het lijden van deze patiënten speelt zich vaak af rondom een aantal thema's, welke belangrijke risicofactoren vormen voor suïcide: verlies, instabiele relaties en sociale isolatie. Daarbij zijn er bepaalde denkpatronen waardoor gebeurtenissen die plaatsvinden als ondraaglijk geïnterpreteerd worden. De manier waarop iemand de gebeurtenissen die hem of haar overkomen interpreteert, is bepalend voor hoe deze ervaren worden. Suïcidale mensen kenmerken zich door dichotoom denken, rigide denkpatronen en overgeneraliseren. Dichotoom denken staat ook wel bekend als zwart-wit denken of alles-of-niets denken. Iets kan alleen maar of helemaal goed of helemaal slecht zijn en dit geldt voor wat men presteert, maar ook voor wat men bijvoorbeeld van de toekomst verwacht. Bij een psychiatrische stoornis met een blijvend of zelfs degenererend karakter kunnen de toekomstverwachtingen bijzonder negatief worden. Het rigide denken helpt daar niet bij. Rigide denken wil zeggen dat mensen minder flexibel zijn in hun aanpak ten aanzien van het oplossen van problemen, zij hebben een lagere verwachting over hoe goed ze zelf in staat zijn om problemen op te lossen. Vaak laten ze problemen op hun beloop of hopen dat anderen hun problemen oplossen. Overgeneraliseren kan optreden als er weinig herinneringen zijn aan vroegere problemen en daardoor ook weinig geleerd is. Ieder mens maakt lastige gebeurtenissen mee en de meeste mensen vergroten hierdoor hun oplossingsstrategieën. Suïcidale mensen daarentegen blijken geen specifieke herinneringen te hebben aan vroegere levensgebeurtenissen, hier niet uit te leren en het bijbehorende toekomstbeeld is dat zij niet de verwachting hebben dat welke (be)handeling dan ook hen behulpzaam zal zijn bij het oplossen van hun problemen, met hulpeloosheid en hopeloosheid tot gevolg. De negatieve toekomstverwachting in combinatie met deze hulpeloosheid en hopeloosheid leidt tot grote wanhoop.

Contact maken over suïcidaal gedrag

De hierboven beschreven psychologische processen maken contact maken over suïcidaal gedrag tot een speciale uitdaging, waarbij gewerkt wordt op het scherpst van de snede; het gaat immers over leven of dood. De eigen emoties spelen ook een rol. Verpleegkundigen vinden contact maken met suïcidale patiënten vaak moeilijk vanwege angst voor wat een gesprek losmaakt bij de patiënt, bang zijn geen oplossing te kunnen bieden en onduidelijkheid over de eigen verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd is bekend dat een goed contact juist beschermend kan werken tegen suïcide (Ilgen et al. 2009; New Zealand Guideline Groep 2003). Patiënten geven, niet geheel ten onrechte, aan dat hulpverleners in het omgaan met suïcidaal gedrag teveel met de regels bezig zijn, te snel (be-)oordelen, er niet zijn als ze nodig zijn en niet naar de 'echte' problemen willen kijken (Taylor et al. 2009). Nog te vaak wordt er slechts oppervlakkig gevraagd naar suïcidale intenties en gedragingen. Een gesprek over suïcidaal gedrag gaat al snel in de richting van hoe suïcide te voorkomen. Tegenstrijdige belangen tussen de patiënt en de hulpverlener, maken dat patiënten zich vaak terughoudend opstellen in contact. Terwijl is aangetoond dat wanneer een positieve werkelatie is opgebouwd, de validiteit van de verzamelde informatie toeneemt en de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is betrouwbaarder wordt. Factoren die bijdragen aan het creëren van een positieve werkelatie zijn empathie, valideren van de pijn en de wanhoop, deskundigheid, transparantie over de rol en werkwijze (Hemert et al. 2012).

In de verpleegkundige literatuur worden er vaak twee benaderingswijze tegenover elkaar gezet: de engagementbenadering en 'direct observation' (Bowles et al. 2002; Cutcliffe & Barker 2002; Moore et al. 1995). In onze opinie moeten deze benaderingen gezien worden als aanvullend op elkaar, waarbij de specifieke situatie bepalend is voor waar het accent moet liggen (van Meijel et al. 2010). De engagementbenadering beschrijft de verpleegkundige zorg voor suïcidale patiënten vanuit een benadering van betrokkenheid en hoop. Dit ligt dicht tegen de presentiebenadering aan, waarbij 'er zijn' belangrijker wordt geacht dan een benadering die eenzijdig op bescherming en beheersing gericht is. Deze laatste benadering wordt in de literatuur 'direct observation' genoemd. Net als voor de engagementbenadering is de effectiviteit daarvan niet overtuigend aangetoond (Bowers et al. 2008; Stewart, Bowers, & Ross 2012; Stewart, Bowers, & Warburton 2009). Wanneer er echter sprake is van een gedwongen opname, bijvoorbeeld bij suïcidaal gedrag voortkomend uit psychotische belevingen, nihilistische wanen, of uit een psychotische depressie geldt het 'safety first'-principe (Hemert et al. 2012).

Diagnostiek van suïcidaal gedrag

Veel van de bekende risicofactoren voor suïcidaal gedrag en suïcide zijn van toepassing op een groot deel van de mensen die in aanraking komt met psychiatrische hulpverlening: psychiatrische stoornissen, hopeloosheid, jeugdtrauma's, verlieservaringen, alcoholmisbruik, mannen op oudere leeftijd en beperkte sociale steun. Toch zal, gelukkig, een gering percentage zich daadwerkelijk suïcidieren. Wat betekent dit voor de waarde van risicofactoren voor de dagelijkse klinische praktijk, hoe goed valt te voorspellen wie wel of niet zal overgaan tot suïcidaal gedrag? Bij het diagnosticeren van suïcidaal gedrag gaat het om een klinische inschatting van uitspraken en/of handelingen in een gegeven context. Van belang zijn hierbij: een beschrijving van de suïcidale toestand, de mate van wilsbekwaamheid daarbij en relevante stress- en kwetsbaarheidfactoren. Om tot een adequate beschrijving te komen van de suïcidale toestand wordt het CASE interview aanbevolen (Shea 1998). Dit CASE interview richt zich op de actuele suïcidedgedachten en gebeurtenissen, de recente en ruimere voorgeschiedenis van het suïcidale gedrag en de huidige gedachten over de nabije toekomst. Naast de suïcidale toestand worden ook de stress- en kwetsbaarheidfactoren (zowel de risicovolle als de beschermende factoren) die voor de individuele patiënt relevant zijn in diens context beschreven. Tezamen met werkhypothese over de oorzaken en de wijze van ontstaan van het suïcidale gedrag vormt dit de zogenaamde structuurdiagnose. Dit mondt uit in een risicoformulering, een indicatiestelling voor interventies en een voorlopig behandelplan.

De rol van verpleegkundigen bij diagnostiek

Zoals eerder gezegd hebben verpleegkundigen vaak een intensief contact met suïcidale patiënten. Zij zien de patiënten in hun dagelijks leven, waar het lijden van de patiënt zichtbaar is en van waaruit het suïcidale gedrag begrepen kan worden. Deze positie stelt verpleegkundigen in de gelegenheid om signalen van suïcidaal gedrag waar te nemen, hierover met de patiënt te communiceren, bevindingen in te brengen in het behandelplan en bij te dragen aan het opstellen en uitvoeren van het behandelplan. De precieze (beroeps)verantwoordelijkheid aangaande diagnostiek van suïcidaal gedrag zal per functiegroep en per setting verschillen: verpleegkundig specialisten tegenover verpleegkundigen en ambulant werkende verpleegkundigen (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of anderszins) versus klinisch werkende verpleegkundigen. Het diagnostisch proces rondom suïcidaal gedrag zoals hierboven beschreven doet een groot beroep op het vermogen tot klinisch redeneren van hulpverleners.

Diagnostiek is niet het afvinken van bepaalde risicofactoren of symptomen, maar vraagt van hulpverleners om vanuit het contact de suïcidale uitingen en gedragingen binnen de context van de patiënt te interpreteren, hierbij ook de naasten betreffend. Dit maakt dat ook verpleegkundigen worden uitgedaagd om op die manier naar hun patiënten te kijken en hun bijdrage aan diagnostiek verder te professionaliseren. Welke vragen zou ik moeten stellen om tot goede diagnostiek te komen, welke informatie ontbreekt er nog? Tot op welk detailniveau wil ik weten hoe de patiënt zijn suïcidale gedrag beleeft en wat zijn de achterliggende problemen of wat is de achterliggende pijn die maakt dat de patiënt (weer) suïcidaal wordt? Het vraagt een oprechte nieuwsgierigheid naar de tekening van het suïcidale landschap zonder te snelle voorbarige conclusies te trekken die lijken te passen bij een bepaald sjabloon. Het geeft ook richting aan verpleegkundige observaties aangaande suïcidaal gedrag: welke psychologische processen zie ik bij deze patiënt, hoe gedraagt de patiënt zich, welke veranderingen zie ik en waardoor worden die ingegeven?

Door de positie van verpleegkundigen dicht bij de patiënt zijn zij bij uitstek in staat om ook specifieke factoren te observeren. Specifieke factoren zijn moeilijk te duiden signalen die patiënten afgeven of bepaalde gevoelens die in relatie gebracht kunnen worden met suïcidale gevoelens bij de patiënt en die bij verpleegkundigen 'niet-pluis' gevoelens oproepen. Voorbeelden hiervan zijn weggelopen, pillen sparen, uitingen van het gevoel klem te zitten, stil en terugtrek gedrag, maar ook het gevoel bij verpleegkundigen om een patiënt vaker te willen controleren, ongerustheid, geen grip kunnen krijgen. Het hoort tot de beroepsverantwoordelijkheid van de verpleegkundige om dit soort signalen bespreekbaar te maken, te duiden en zorgvuldig te rapporteren en over te dragen.

Besluit

Dit artikel beoogde de waardevolle bijdrage van verpleegkundigen aan de diagnostiek van suïcidaal gedrag te expliciteren. Tegelijkertijd doet het een beroep op verpleegkundigen om hun vermogen tot klinisch redeneren te vergroten en hun bijdrage aan de diagnostiek van suïcidaal gedrag te professionaliseren. De methodiek van diagnostiek zoals beschreven in de richtlijn biedt heldere aanknopingspunten, waarmee verpleegkundigen hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorg voor de suïcidale patiënt kunnen vormgeven. Zij moeten hiertoe een aantal basisvaardigheden in het omgaan met suïcidale patiënten beheersen of verkrijgen. Contact maken met de suïcidale patiënt staat hierbij centraal. Daarnaast moet gedacht worden aan het onderzoeken en observeren van suïcidaal gedrag en het komen tot werkhypothesen die de oorzaken en ontstaan van het suïcidaal gedrag beschrijven. Duidelijkheid over oorzaken en ontstaan van suïcidaal gedrag leidt meestal vanzelf tot een keuze van de interventies. Het geeft de richting aan waar oplossingen gezocht moeten of kunnen worden om het suïcidale gedrag te beïnvloeden of te verminderen. Gerichte training van deze vaardigheden kan het vertrouwen in het adequaat omgaan met suïcidale patiënten vergroten (Isaac et al. 2009; Oordt et al. 2009). Een verpleegkundige e-learning module in het omgaan met suïcidale patiënt komt in het voorjaar van 2013 beschikbaar (www.pitstopsuicide.nl).

Over de auteurs

- Drs. N. Kool is onderzoeker en verpleegkundige bij het Centrum Intensieve Behandeling, Palier en verbonden aan het lectoraat GGZ-verpleegkunde van Hogeschool inHolland.
- Drs. B. Stringer is onderzoeker en verpleegkundige (niet-praktiserend) bij GGZ inGeest en verbonden aan het lectoraat GGZ-verpleegkunde van Hogeschool inHolland.
- Prof. dr. A.M. van Hemert is psychiater en hoogleraar psychiatrie bij het Leids Universitair Medisch Centrum.

Referenties

- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., Hackney, D., Allan, T., & Simpson, A. 2008, "Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study", *Br.J.Psychiatry*, vol. 193, no. 5, pp. 395-401.
- Bowles, N., Dodds, P., Hackney, D., Sunderland, C., & Thomas, P. 2002, "Formal observations and engagement: a discussion paper", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 9, no. 3, pp. 255-260.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. 2003, "Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review", *Psychol.Med.*, vol. 33, no. 3, pp. 395-405.
- Cutcliffe, J. R. & Barker, P. 2002, "Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 9, no. 5, pp. 611-621.
- Gilje, F., Talseth, A. G., & Norberg, A. 2005, "Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 12, no. 5, pp. 519-526.
- Goldney, D. R. 2008, *Suicide prevention* Oxford University Press, Oxford.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2006). *"Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)"*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. 2005a, "Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors", *Br.J.Psychiatry*, vol. 187, pp. 9-20.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. 2005b, "Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors", *J.Clin.Psychiatry*, vol. 66, no. 6, pp. 693-704.
- Hemert, A. M. v., Kerkhof, A. F. M., Keijer, J. d., Verweij, B., Boven, C. v., Hummelen, J. W., Groot, M. H. d., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., & Verlinde, A. A. 2012, *"Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag"*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Ilgen, M. A., Czyz, E. K., Welsh, D. E., Zeber, J. E., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. 2009, "A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder", *J.Affect.Disord.*, vol. 115, no. 1-2, pp. 246-251.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. 2009, "Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review", *Can.J.Psychiatry*, vol. 54, no. 4, pp. 260-268.
- Kerkhof, A. F. M. 2010, "Epidemiologie van suïcidaal gedrag," in *Suïcidepreventie in de praktijk*, A. F. M. Kerkhof & B. v. Luyn, eds., Bohn Stafleu van Loghum, Houten, pp. 23-38.
- Luyn, B. v. 2007, "Severe cases: management of the refractory borderline patient.," in *Severe Personality Disorders. Everyday Issues in Clinical Practice.*, B. Luyn, S. Akhtar, & W. J. Livesley, eds., Cambridge University Press, Cambridge.
- Luyn, B. v. 2010, "Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen," in *Suïcidepreventie in de praktijk*, A. F. M. Kerkhof & B. v. Luyn, eds., Bohn Stafleu van Loghum, Houten, pp. 187-200.
- Meijel, B. v., Stringer, B., Meerwijk, E., & Koekkoek, B. 2010, "Verpleegkundige zorg voor suïcidale patiënten," in *Suïcidepreventie in de praktijk*, A. F. M. Kerkhof & B. v. Luyn, eds., Bohn Stafleu van Loghum, Houten, pp. 201-216.
- Moore, P., Berman, K., Knight, M., & Devine, J. 1995, "Constant observation: implications for nursing practice", *J.Psychosoc.Nurs.Ment.Health Serv.*, vol. 33, no. 3, pp. 46-50.
- New Zealand Guideline Groep 2003, *The assessment and management of people at risk of suicide*. New Zealand Guideline Group, Wellington.
- Oordt, M. S., Jobes, D. A., Fonseca, V. P., & Schmidt, S. M. 2009, "Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered?", *Suicide Life Threat.Behav.*, vol. 39, no. 1, pp. 21-32.
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A., & Tatarelli, R. 2006, "Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern", *Eat.Behav.*, vol. 7, no. 4, pp. 384-394.
- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. 2005, "Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey", *J Nerv.Ment.Dis*, vol. 193, no. 7, pp. 450-454.

- Shea, S. C. 1998, "The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation", *J.Clin.Psychiatry*, vol. 59 Suppl 20, pp. 58-72.
- Stewart, D., Bowers, L., & Ross, J. 2012, "Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation", *J.Adv.Nurs.*, vol. 68, no. 6, pp. 1340-1348.
- Stewart, D., Bowers, L., & Warburton, F. 2009, "Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis", *Gen.Hosp.Psychiatry*, vol. 31, no. 6, pp. 523-530.
- Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. 2009, "Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review", *Br.J Psychiatry*, vol. 194, no. 2, pp. 104-110.
- Tondo, L., Isacson, G., & Baldessarini, R. 2003, "Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention", *CNS.Drugs*, vol. 17, no. 7, pp. 491-511.
- Verhoeven, M., Meijel, B. v., Winter, K. d., & Kars, M. 2007, "Als de dood voor het leven: over verpleegkundige zorg aan suïcidale patiënten", *Verpleegkunde*, vol. 22, no. 1, pp. 8-18.
- Williams, J. M. G. & et al. 2005, "Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model," in *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice*, K. Hawton, ed., Oxford University Press, Oxford, pp. 71-78.