

De CAMS-procedure bij suïciderisico: een nadere beschouwing en klinische procedures

Oorspronkelijk:

Jobes D.A. (2009) **The CAMS Approach to Suicide Risk: Philosophy & Clinical Procedures.** Suicidologi 14(1): 3-7 &

Jobes D.A. (2012) **The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk.** Suicide And Life-Threatening Behavior 42(6): 640-53

(Vertaald en bewerkt vanuit het Engels door Remco de Winter^{1,2} & Marieke de Groot¹)

¹Vrije Universiteit, afdeling klinische psychologie

²Parnassia Groep

Voorwoord

In augustus 2015 namen wij op uitnodiging in Denemarken deel aan een cursus in de toepassing van CAMS-procedure (Collaborative Assessment & Management of Suicidality). De cursus werd gegeven door professor David Jobes, hoogleraar psychologie aan de Catholic University of America in Washington DC, VS.

In Denemarken en Noorwegen is de CAMS volledig geïmplementeerd in de geestelijke gezondheidszorg. In Denemarken bestaat een netwerk van academische en perifere poliklinieken waar de CAMS onderdeel is van de voorkeurswerkwijze bij suïcidaal gedrag. In zowel Denemarken als Noorwegen lopen gerandomiseerde klinische trials (RCTs) waarin de effectiviteit van CAMS wordt getoetst. In een recente RCT (Andreasson et al. 2016) is aangetoond dat CAMS vergelijkbare effecten heeft als dialectische gedragstherapie. De procedure is eenvoudig en kosteneffectief. Met David Jobes is afgesproken om de CAMS-procedure in het Nederlands taalgebied te introduceren.

In dit document leggen we uit welke basale uitgangspunten de CAMS-procedure heeft, hoe de procedure werkt en we reiken materialen aan waarmee de CAMS-procedure in de praktijk wordt toegepast. We hopen klinici enthousiast te maken om de CAMS-procedure in Nederland te gaan toepassen en zoeken daarbij naar toekomstige samenwerking.

Leiden, maart 2016.

Samenvatting

De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) procedure is een therapeutisch klinisch raamwerk dat kan worden toegepast bij klinische en ambulante patiënten met (chronisch) suïcidaal gedrag. De procedure is ontwikkeld in de Verenigde Staten door professor David Jobes, hoogleraar psychologie aan de Catholic University of America in Washington DC. Sinds enkele jaren doet de CAMS zijn intrede in verschillende Scandinavische landen. De methode past goed bij de veranderingen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg op het gebied van de herstelgerichte zorg en de positie van de patiënt waarin *shared decision making* de standaard is.

In de CAMS-procedure gaan behandelaar en patiënt een 'echte alliantie' aan; dit is de voorwaarde om bij de start van de behandeling de drijfveren van het suïcidale gedrag te inventariseren. De patiënt en de behandelaar stellen vervolgens samen een stabilisatie- en een behandelplan op. Het suïcidale gedrag wordt behandeld door de onderliggende drijfveren van het suïcidale gedrag te behandelen. De kracht van de CAMS-procedure is de behandeling-op-maat; de procedure omvat dus geen strikt protocol. Voor de behandeling van onderliggende drijfveren kunnen geldende richtlijnen leidend zijn. Het kan bijvoorbeeld betekenen dat wanneer depressie de onderliggende drijfveer van het suïcidale gedrag is, de depressie volgens de richtlijn wordt behandeld. Tijdens de behandeling worden vorderingen gemonitord door op gezette tijden samen het CAMS-Suicide Status Formulier (C-SSF) in te vullen. Op basis van de uitkomsten kan de behandeling worden aangepast, evenals het stabilisatieplan.

Inleiding

Het is een uitdaging om patiënten met (chronisch) suïcidaal gedrag goed te beoordelen en effectief te behandelen (Jobes, Rudd, Overholser & Joiner, 2008). De CAMS-procedure (Collaborative Assessment & Management of Suicidality) gaat deze uitdagingen aan. Het is een therapeutisch klinisch raamwerk met als doel de drijfveren die meespelen in het ontstaan van het gedrag aan te pakken (Jobes, 2006).

Het is een innovatieve manier van denken over de verschillende stadia die kunnen voorkomen bij (chronisch) suïcidaal gedrag. De procedure is ontworpen om suïcidaal gedrag als primair belangrijkste uitgangspunt te zien; het is immers urgent en potentieel levensbedreigend. Het suïcidale gedrag wordt met begrip en respect het hoofd geboden. De CAMS-procedure biedt ook handvatten voor het dagelijks bestaan die niet direct te maken hebben met het suïcidale gedrag.

De CAMS-procedure is een dynamische, intuïtieve en evoluerende klinische benadering die is gebaseerd op de 'echte' klinische praktijk en via praktijk en praktijkgericht onderzoek steeds verder ontwikkeld wordt. Daarnaast is er ook wetenschappelijk onderzoek die de effectiviteit aantoont (Drozd, Jobes & Luoma, 2000; Eddins & Jobes, 1994; Jobes & Berman, 1993; Jobes, 1995; 2000; 2003; 2006; Jobes & Drozd, 2004; Jobes & Mann, 1999; 2000;. Jobes et al 1997, 2004, 2005, 2007; Andreasson 2015; Nielsen et al 2011).

Diverse studies door Jobes et al (1997) tonen aan dat de C-SSF, een instrument dat centraal staat in de procedure, voor de 'basis beoordeling' van het suïcidale gedrag valide en betrouwbaar is (Conrad et al 2009). In een niet-gerandomiseerde studie werd gevonden dat de CAMS-procedure was geassocieerd met een snelle afname van suïcidegedachten en bewerkstelligde dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg afnam (Jobes et al. 2005). Bovendien is er in diverse groepen patiënten en bij niet-patiënten gevonden dat de procedure leidt tot afgenomen zorgconsumptie en een afname in de frequentie van het voorkomen van suïcidegedachten.

De CAMS-procedure is vanuit verschillende concepten en theorieën tot stand gekomen. Belangrijke grondleggers van het gedachtegoed zijn Shneidman (1985), Beck (Beck et al 1979), Baumeister (1990), Orbach (2001), Linehan (1993), Maltzberger (1986) en Rudd et al (2001). Jobes is in de jaren '80 van de vorige eeuw begonnen met een model waarbij hij zocht naar een betere manier om mensen met suïcidaal gedrag effectief te behandelen. In de afgelopen dertig jaar heeft hij diverse bronnen gebruikt en hij gaat ervan uit dat de procedure nog verder zal evalueren.

De procedure is gebaseerd op onderzoek waaruit blijkt dat (chronisch) suïcidaal gedrag effectief kan worden behandeld (bijvoorbeeld Brown et al 2005; Linehan et al 2006). Kenmerkend is dat de focus ligt op het suïcidale gedrag, naast de focus op eventuele psychiatrische symptomen. De CAMS-procedure kan evidence-based behandelvormen voor suïcidaal gedrag omvatten, maar ook evidence-based behandelvormen voor de onderliggende drijfveren. De kracht van de methode is dat de behandelaar de CAMS toepast naast zijn voorkeursbehandeling en de patiënt dus *as usual* kan behandelen. Het is te vergelijken met de behandeling van patiënten met een verslaving waarbij daarnaast sprake is van depressieve symptomen. Er komt steeds meer bewijs dat een gelijktijdige (duale) behandeling effectiever is dan de behandeling van of de verslaving of de depressie alleen. De duale aanpak vraagt (meer) tijd om de patiënt te behandelen; onze verwachting is echter dat de langetermijneffecten veel gunstiger zullen zijn. Wij veronderstellen dat de gunstige effecten van een duale aanpak zoals dit geldt voor de behandeling van verslavingsproblemen, ook geldt voor de behandeling van suïcidaal gedrag.

Uit onderzoek blijkt dat de CAMS-procedure dezelfde effecten heeft als andere vormen van behandeling van suïcidaal gedrag, zoals dialectische gedragstherapie (Andreasson 2015). In verschillende Scandinavische landen zijn gerandomiseerde klinische trials opgezet; de resultaten zijn veelbelovend wat betreft de effectiviteit. De CAMS wordt in diverse landen gebruikt als voorkeursbehandeling voor (chronisch) suïcidaal gedrag; in Denemarken is de CAMS volledig ingebed in de geestelijke gezondheidszorg voor de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag (Andreasson 2015, Nielsen et al 2011).

De methode past goed bij de veranderingen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg op het gebied van de herstelgerichte zorg en de positie van de patiënt waarin *shared decision making* de standaard is. Het onderscheid dat wordt gemaakt tussen een behandeling van het suïcidale gedrag en de onderliggende psychiatrische problematiek komt overeen met de aanbevelingen in de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al 2012). De CASE-benadering, zoals aanbevolen in de richtlijn is een geschikte methode om samen met de patiënt tot een structuurdiagnose van het suïcidale gedrag te komen, biedt de patiënt en de behandelaar de mogelijkheid om ideeën voor een (duale) behandeling te vormen (Van Hemert et al 2012).

1 De CAMS-procedure in het kort

Behandeling van drijfveren

De CAMS-procedure richt zich op de drijfveren van het suïcidale gedrag: de reden waarom het suïcidale gedrag is ontstaan volgens de omschrijving van de patiënt. De zoektocht naar de drijfveren is belangrijk; als die goed in kaart zijn gebracht kunnen patiënt en behandelaar de gewenste en waarschijnlijk meest efficiënte oplossingen beschrijven in het stabilisatie- en behandelplan. De inventarisatie van de drijfveren is gestructureerd, evenals de behandeling.

De patiënt is actief

De procedure is gericht op de ontwikkeling van een sterke therapeutische relatie. Dat wil zeggen dat goed contact en goede samenwerking tussen behandelaar en patiënt essentiële voorwaarden zijn om effecten te kunnen bereiken. Het gaat om het smeden van een 'werkelijke alliantie' waarin de suïcidale patiënt actief is en zijn rol oppakt. Uiteraard moet de patiënt begrijpen hoe de procedure werkt en dat zijn inzet onmisbaar is. De patiënt leert om zijn eigen suïciderisico in te schatten en heeft een actieve rol in de opstelling van een stabilisatie- en behandelplan.

De behandelaar is echt, empathisch en transparant

In de CAMS-procedure helpt de behandelaar de patiënt om zijn drijfveren te ontdekken. Dit vergt empathie (Orbach, 2001), creativiteit en transparantie van de behandelaar. In de CAMS-procedure is de behandelaar echt; hij speelt geen rol maar is authentiek en staat dicht bij de patiënt zonder zijn professionaliteit te verliezen. Geduld, optimisme en hoop uitstralen zijn belangrijke componenten in de behandeling. Continuïteit is belangrijk, naast het verduidelijken van wederzijdse verwachtingen. Dit vraagt om een lange adem van de behandelaar. Behandelaars kunnen daarom niet te veel patiënten tegelijkertijd via de CAMS-procedure behandelen.

Dossiervorming en -beheer door de patiënt

De CAMS-procedure omvat een reeks klinische procedures. Belangrijk is het Suicide Status Formulier (C-SSF) dat op gezette tijden door de patiënt samen met de behandelaar wordt ingevuld. De C-SSF vragenlijst, het stabilisatie- en het behandelplan helpen structuur aan te brengen. Gedurende het beloop van de behandeling is het noodzakelijk om de C-SSF afname te herhalen en het signalerings- en behandelplan steeds bij te stellen.

De ingevulde C-SSF vragenlijsten en de (aangepaste) stabilisatie- en behandelplannen vormen een dossier dat de behandelaar en de patiënt delen. Het actueel houden van het dossier is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de behandelaar en de patiënt. De patiënt neemt zijn dossier bij elke sessie mee. Het is afhankelijk van de behandelende instelling hoe dit dossier in het EPD wordt opgeslagen.

2 Conceptuele uitgangspunten en houdingsaspecten

In de CAMS-procedure staat een uitgesproken visie op suïcidaal gedrag centraal. De inschatting van suïciderisico's en de behandeling hebben een specifiek vertrekpunt (Jobes, 1995; 2000; 2006). De procedure sluit aan op de visie dat suïcidaal gedrag voortvloeit uit intens lijden, waarbij de patiënt ondraaglijke psychische pijn ("psychache") ervaart. Suïcide is de ontsnapping uit wat de patiënt als ondraaglijk lijden ervaart. Deze visie is eerder door Schneidman (1993) beschreven. Het suïcidale gedrag kan ook voortkomen vanuit het idee dat ze hun dierbaren tot grote last zijn en dat de suïcidale patiënt zijn dierbaren van deze last wil bevrijden door te verdwijnen en dus door zich te suïcideren. Het uitgangspunt voor de behandeling is dat suïcidale patiënten strijd ervaren tussen de wens om te leven en de wens om te sterven en dat de behandelaar de patiënt helpt om te begrijpen wat de patiënt suïcidaal maakt.

Deze twee scenario's zijn redelijk te begrijpen vanuit een intra-persoonlijke perspectief; er is dan een redelijke verklaring voor de suïcidale gedachten en het daarbij passende gedrag. Het komt ook voor dat een patiënt onder invloed van bestraffende en/of opdracht gevende stemmen zich zodanig psychiatrisch klem voelt zitten, dat hij zich genoodzaakt voelt om te toe geven aan negatieve opdrachten. Indien iemand zich in een zodanige psychotische toestand bevindt is vertrouwen in de therapeut essentieel. Dit kan echter zeer moeizaam verlopen als de stemmen de behandelaar bij de negatieve inhoud betrekken en er achterdocht naar de behandelaar ontstaat. Alleen een veilig therapeutisch klimaat neerzetten is dan niet voldoende. Er moet op zo transparant mogelijke manier worden gezocht naar optimale veiligheid.

Het is belangrijk dat er een volledig geoptimaliseerd klimaat van vertrouwen is en dat de patiënt wordt uitgenodigd om volledig eerlijk te zijn en daarbij ook alles kan vertellen. Van belang is dat de behandelaar open en eerlijk is over de wettelijke kaders. Dit betekent dat de behandelaar met patiënten moet bespreken dat het kan voorkomen dat een opname (vrijwillig- of onvrijwillig) noodzakelijk is als het risico op suïcide hoog is.

Indien hulpverleners het suïcidale gedrag (onbewust) moreel negatief veroordelen, staat dit een goede samenwerking met de patiënt in de weg. De patiënt zal bijvoorbeeld meer geneigd zijn om zaken te verzwijgen uit schaamte en angst voor het oordeel van de behandelaar. Er zijn behandelaars die tegen patiënten uitspreken dat ze altijd voor het leven kiezen en van de patiënt (impliciet) verwachten dat die hierin vanzelf meegaat. Door deze houding kiest de behandelaar ervoor dat de patiënt geen begrip ervaart voor zijn lijden. Sommige behandelaars proberen negatieve gedachten die tot suïcidale uitingen leiden uit te dagen, zonder op de werkelijke drijfveren in te gaan en erkennen dus ook niet het lijden van de patiënt (Linehan 1993).

In de CAMS-procedure wordt er naar gestreefd om het veroordelen van suïcidaal gedrag te voorkomen en de functionaliteit van de suïcidale gedachten te begrijpen. Dit brengt de behandelaar in een betere positie, maar ook de patiënt. De patiënt voelt zich dan waarschijnlijk veiliger. Begrip en samenwerking leiden ook in letterlijke zin tot meer veiligheid, bijvoorbeeld doordat een patiënt beter bereid is om veiligheidsafspraken te maken of minder levensbedreigende coping te leren (gebruiken).

Bij de CAMS-procedure hoort dus een accepterende attitude of de bereidheid van behandelaars hun attitude te onderzoeken om na te gaan of ze geschikt zijn voor deze vorm van behandelen. Vanwege het belang van samenwerking en empathie betekent dit dat tegenoverdacht moet worden opgemerkt, terwijl er maximale samenwerking wordt verwacht. Voor een recent artikel over tegenoverdracht, verwijzen we naar Hafkenscheid (TvP, 2015). Intervisie of supervisie kunnen hierbij helpen. We beseffen dat de praktijk weerbarstig is; er zullen altijd hulpverleners en patiënten zijn voor wie deze vorm van behandeling ongeschikt is.

In de CAMS-procedure is overlijden door suïcide een ongewenste uitkomst. De patiënt ontvangt immers hulp en geeft daarmee impliciet aan hulp te aanvaarden. Het wil echter niet zeggen dat behandelaars suïcide volledig afwijzen; dit is immers een moreel oordeel. Behandelaars proberen in dat geval suïcide uit te stellen in de verwachting dat in de periode van uitstel (nieuwe) hoop kan ontstaan. Dit sluit niet uit dat in de behandeling het bespreken van euthanasie tot de mogelijkheden hoort. Bijvoorbeeld doordat de behandelaar met de patiënt zijn situatie toetst aan de criteria. Het is echter de bedoeling dat de CAMS-procedure hoop creëert en uitstel en uiteindelijk afstel van suïcide bewerkstelligt.

3 De CAMS-procedure in de praktijk

Tot nu toe is de procedure vanuit een conceptueel kader beschreven. Hierna wordt een casus (eveneens vertaald) ten tonele gebracht om de werkwijze in de CAMS-procedure te verhelderen.

Patiënt: *Ik lijd verschrikkelijk en niemand lijkt om mij te geven. Mijn man negeert me gewoon - hij is boos op me en vertelt me dat ik er overheen moet stappen en iets van mijn leven moet maken..*

Hulpverlener: *Je voelt je waarschijnlijk alsof niemand je strijd ziet en je daarin kan waarderen en dat niemand ziet hoe je er juist tegen vecht. Ik kan me voorstellen dat het een grote teleurstelling is dat je man dit niet ziet; de persoon waarvan je misschien het meest hoopte dat hij dit zou zien..*

Patiënt: *Hij is daar niet alleen in, ik heb dit bijna met iedereen. Ook bij mijn ouders, mijn kinderen, en mijn zogenaamde vrienden ... om eerlijk te zijn denk ik wel eens dat ze zonder mij veel beter af zouden zijn.....*

Hulpverlener: *Het klinkt alsof je de gedachten en het gevoel hebt dat je een last voor hen bent geworden? Betekent het dat deze gedachten er toe leiden dat je denkt aan suicide?*

Patiënt: *Nou ja, ik heb de laatste tijd best wel vaak nagedacht over zelfmoord...*

Hulpverlener: *Wat ik me afvraag: als je aan zelfmoord denkt, haalt dit je uit je comfort zone? Maakt het je bang, of geeft het je juist het gevoel dat je controle hebt, dat je meer regie krijgt over je lijden?*

Patiënt: *Meer het laatste. Het geeft me het gevoel dat er ten minste een ding is wat ik er zelf aan kan doen, aan de ellendige situatie waar ik in zit. ... Ik kan het gewoon bijna niet meer aan om de pijn nog langer te verdragen ... het is allemaal veel te veel voor me geworden ...*

Hulpverlener *Dat is heel veel wat je me nu vertelt. Wat moet je het moeilijk hebben en wat moet je je ook vaak eenzaam voelen.. Als we nu alles is op een rijtje zetten ... natuurlijk is suicide een optie, mensen gebruiken dit ook als oplossing. Je weet dat deze ellendige gevoelens dan verdwenen zullen zijn. Maar toch.....is dit nu echt het beste om te doen? Als dat zo is, is het een beetje tegenstrijdig dat je hier nu met mij zit, toch? Als hulpverlener zou ik met je willen kijken of we op de een of andere manier kunnen bedenken hoe de pijn kan verminderen of kan stoppen. Dat wil niet zeggen dat ik de mogelijkheid van suicide negeer, ontken of afkeur. Het is alleen zo verschrikkelijk drastisch en zonder een weg terug... Wat is er nu nodig om aan je behoeften te voldoen zonder dat je daarvoor moet sterven? Volgens mij heb je veel te winnen en weinig te verliezen als je zou meedoen aan een levensreddende behandeling..*

Er is een behandeling die ik graag met je zou willen proberen, de CAMS. Deze behandeling is bedoeld om je te helpen bepaalde dingen anders te doen en dan hopelijk vooral beter. Het kan je helpen om aan je behoeften te voldoen, zonder dat je hoeft te sterven door suïcide. Ik vraag me af of ik je kan overtuigen - als je dit zou overwegen – En dan bedoel ik dat je de komende drie maanden een suïcide voorkomende behandeling aangaat... ik denk echt dat het heel nuttig voor je zou kunnen zijn.

Patiënt: *Nou, dat is heel wat en dat vraagt wel erg veel van mij ... Ik weet echt niet of ik zoiets aankan en of ik het wil...ik weet niet of ik dit moet doen..*

Hulpverlener: *Ja, dat ik begrijp ik.....maar ik geloof echt dat je veel te winnen hebt en weinig te verliezen. Hoewel het niet mijn voorkeur heeft heb je altijd nog de gelegenheid om terug te vallen op je plan om zelfmoord te plegen.... Maar voor nu, ik zou graag zien dat we op de een of andere manier je leven weer de moeite waard kunnen maken. We kunnen het gewoon proberen.... in ieder geval voor drie maanden ... wat denk je?*

Patiënt: *Misschien moeten we het maar gewoon proberen. Je hebt gelijk, misschien kan het helpen.. Het klopt ook dat de reden dat ik hier ben is dat ik inderdaad nog niet klaar ben om me te suïcidieren ... Hoe werkt die CAMS precies?*

Voor veel hulpverleners kan de bovengenoemde aanpak ongemakkelijk of zelfs provocerend zijn. Er mag echter verondersteld worden dat de bovenstaande interactie eerlijk, transparant en empathisch is en goed past bij de ontwikkeling die in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg plaatsvindt. Niet iedereen zal zich in bovenstaande herkennen. Dit is niet de enige juiste manier; de vragen kunnen te reductionistisch of te suggestief zijn. Wat we willen laten zien is wat de strekking van CAMS-procedure duidelijk wordt en dat de behandelaar in optimale samenwerking met de patiënt handelt.

De transparantie zorgt dat de best mogelijke omstandigheden en voorwaarden worden gecreëerd voor het omgaan met een suïcidale patiënt. Helder wordt dat de behandeling van een suïcidale patiënt in principe levensreddend zal zijn.

Het is verder belangrijk dat de behandelaar zich comfortabel voelt bij deze aanpak en de patiënt een reëel vooruitzicht geeft op 'gezamenlijk leren en praktiseren'; de behandelaar benoemt de ambivalentie bij de patiënt en geeft aan dat deze de kans in zich heeft dat het leven van de patiënt kan worden gered. Van belang is te benoemen dat de patiënt een alternatieve manier kan ontwikkelen om met zijn suïcidale gedachten om te gaan.

Zoals eerder genoemd is het mogelijk dat de onderliggende coping van de patiënt wordt veroorzaakt door bijmenging van psychotische symptomen. Uiteraard schat de behandelaar in in hoeverre de mate van wilsonbekwaamheid van een patiënt stagnerend voor de behandeling is. Het is van belang om in het bepalen van de voortgang en de indicatiestelling de expertise van anderen in te schakelen en zoals eerder beschreven kan intervisie behulpzaam zijn.

4 De CAMS- klinische procedures

De CAMS-procedure omvat een reeks klinische procedures die zijn ontwikkeld vanuit empirische data en de dagelijkse praktijk (Jobes, Bryan & Neal-Walden, 2009). Gebruik wordt gemaakt van het multifunctionele Suïcidale Status Formulier, de C-SSF (zie Bijlage 1).

De C-SSF wordt gebruikt voor:

- a. de eerste beoordeling en documentatie van het suïciderisico;
- b. de ontwikkeling en documentatie van een plan voor de behandeling van het (hoge) suïciderisico;
- c. de follow-up en documentatie van de risicobeoordeling en het up-to-date houden van het behandelplan;
- d. een goede en betrouwbare administratie en documentatie van de klinische uitkomsten.

5 De CAMS-procedure in stappen

Hierna bespreken we de CAMS-procedure stapsgewijs in detail. Hierbij zijn de bijlagen van belang zodat duidelijk wordt welke stappen worden gevolgd, welke materialen hierbij worden gebruikt en op welke manier (Jobes, 2006; Jobes & Drozd 2004).

Stap 1 t/m 3 worden verricht bij de start van de behandeling. Stap 4 en verder zijn van belang in het vervolg van de procedure.

Stap 1 - Vroege identificatie van het risico

Om te bepalen of er sprake is van suïcidaal gedrag is het klinische oordeel van de behandelaar doorslaggevend; hiervoor kan de behandelaar gebruikmaken van de CASE-benadering (De Groot et al 2015; Shea 1998). Verder is het wenselijk om bij deze stap na te gaan of naastbetrokkenen op de hoogte zijn dat de patiënt wordt behandeld voor zijn suïcidale gedrag.

Bij een nieuwe of bekende patiënt met suïcidaal gedrag exploreert de behandelaar of de CAMS-procedure ingezet kan worden. Ook bij patiënten die eerder niet gemotiveerd waren en die nog steeds suïcidaal zijn kan op elk moment worden beoordeeld of er een ingang is.

Om veranderingen in het suïcidale gedrag te monitoren kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten, bijvoorbeeld de BSSI (Beck Scale for Suicide Ideation), maar dit kan het klinische oordeel nooit vervangen (Van Hemert et al 2012). De C-SSF is een hulpmiddel om veranderingen in het suïcidale gedrag te beoordelen; inmiddels is psychometrisch onderzoek naar de validiteit en de betrouwbaarheid beschikbaar (Jobes, 2006 en Conrad et al 2009), maar ook hier geldt dat het klinische oordeel leidend is.

Stap 2 – Gezamenlijke beoordeling van suïcidaal gedrag aan de hand van het C-SSF formulier

De gezamenlijke conclusie dat er sprake is van een suïciderisico kan er toe leiden dat de patiënt er mee instemt om samen het CAMS-Suïcidale Status Formulier (C-SSF) (zie Bijlage 1) in te vullen. Dit gebeurt bij de start van de behandeling en vervolgens aan het begin van de vervolcontacten. De bedoeling is dat hierin tijdens de behandeling routine ontstaat. Mogelijk kan er nog een ander meetinstrument worden gebruikt, bijvoorbeeld de BSSI (Beck Scale for Suicide Ideation) (ref). Dit instrument is vooral geschikt voor onderzoeksdoeleinden en minder geschikt voor een klinische beoordeling van het suïcidale gedrag (Van Hemert et al 2012).

Op de eerste pagina van de patiëntversie van de C-SSF (zie bijlage 1) worden door de patiënt verschillende onderwerpen beoordeeld met een cijfer. De beoordeling van het suïcidale gedrag met de C-SSF biedt een kader voor het begrijpen van de complexiteit van het suïcidale gedrag. Het invullen biedt gelegenheid de patiënt en de behandelaar de kans om de onderwerpen te bespreken; het invullen vraagt om gezamenlijke inspanning om tot een weloverwogen afweging te komen. Tijdens het invullen investeert de behandelaar in het smeden van de 'werkelijke alliantie' en een veilig klimaat. Het invullen van de eerste pagina duurt 10 à 15 minuten.

Daarna vult de behandelaar de behandelaarsversie van de C-SSF (zie bijlage 2) in; de uitkomsten koppelt hij terug aan de patiënt. Daarbij schat de behandelaar het suïciderisico in op basis van de aanwezigheid van risicofactoren (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999; Oordt et al, 2003) en/of het ontbreken van beschermende factoren. De behandelaar bespreekt zijn overwegingen met de patiënt.

Stap 3 – Gezamenlijk plannen van de behandeling

Als de punten onder stap 1 en stap 2 zijn doorlopen en de samenwerking goed is, maken de patiënt en de behandelaar een behandelplan (Bijlage 3: CAMS Behandelplan). Beide partijen hebben een goed beeld van de suïcidale toestand van de patiënt. Zij kunnen nu bepalen welke zorg wordt ingezet. De CAMS-procedure geeft een raamwerk voor de behandeling van het suïcidale gedrag, waarbij andere symptomen parallel worden aangepakt.

Als er sprake is van een depressie, persoonlijkheidsproblemen of trauma wordt de patiënt hiervoor volgens de richtlijnen behandeld. Uiteraard is het niet helemaal zwart/wit; de behandeling binnen het CAMS-raamwerk zullen symptomen beïnvloeden die de drijfveren vormen het suïcidale gedrag beïnvloeden en andersom: het suïcidale gedrag wordt beïnvloed door de behandeling van de symptomen.

Het vertrekpunt is dat de behandelaar insteekt op toereikende zorg en behandeling. Klinische opname wordt zoveel mogelijk voorkomen (Jobes, 2000) zodat de patiënt zoveel mogelijk autonomie behoudt. Het wil niet zeggen dat de CAMS-procedure uitsluit dat de patiënt (tijdelijk) wordt opgenomen. Ook binnen een klinische setting kan de CAMS-procedure toegepast worden en is deze effectief (Ellis et al 2009).

Veiligheid garanderen en het voorkomen van suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag is een primair doel van de (ambulante) behandeling. Dit dient nauwkeurig vervolgd te worden; dit kan nauwsluitend in het behandelplan worden opgenomen (zie Bijlage 3: CAMS-Behandelplan. Beschreven wordt bijvoorbeeld welke interventies en elementen verder kunnen worden uitgewerkt en waarvoor verdere behandeling zal plaatsvinden (zie Rudd et 2001).

In het stabilisatieplan (zie Bijlage 4: CAMS-Stabilisatieplan) kan worden beschreven welke acties van toepassing zijn bij een (toename van het)suïciderisico. In de CAMS-procedure worden termen als 'Crisis Respons Plan' en 'stabilisatieplan' door elkaar gebruikt, wat wellicht onduidelijkheid kan geven. Met beide wordt bedoeld een plan dat beschrijft welke acties worden ondernomen in crisissituaties, dus in situaties waarin het suïciderisico toeneemt. Veel instellingen maken ook gebruik van een crisiskaart of een BOR-bed; deze interventies kunnen ingezet worden.

Het stabilisatieplan bevat in elk geval de volgende elementen:

- 1) Hoe potentieel gevaarlijke middelen waarmee de patiënt zichzelf iets kan aandoen worden weggenomen

- 2) In welke situaties een crisiskaart wordt gebruikt, aansluitend de wens van de patiënt
- 3) Hoe de patiënt zich kan inspannen om contact met anderen te leggen in (dreigende) crisissituaties.

In het stabilisatieplan spelen naastbetrokkene een rol bij de veiligheid, continuïteit en het slagen van de behandeling. Soms willen patiënten niet dat er contact wordt opgenomen met naasten. Deze weigering kan allerlei redenen hebben: schaamte, angst voor afwijzing, angst voor vernedering en onbegrip, of woede richting naasten. Het is dan ook zaak om hier snel zicht op te krijgen en te zoeken naar een optimale samenwerking waarbij naasten een rol kunnen krijgen, maar ook de oplossing van het probleem kunnen zijn. Een systeembehandeling kan cruciaal zijn.

Wanneer het (eerste) behandel- en het stabilisatieplan zijn voltooid wordt het algemene psychiatrische en suïcidale status ingevuld (zie Bijlage 5: CAMS- Evaluatie na eerste behandeling). Deze beoordeling wordt na de eerste fase continue herhaald en geëvalueerd.

Stap 4 – Bijhouden van de Suïcidaliteit Status

Aan het begin van de vervolcontacten vult de patiënt steeds opnieuw het C-SSF formulier in (zie Bijlage 6). Aan het einde van elke sessie worden het behandel- en stabilisatieplan bijgesteld (Bijlage 3 en 4), afhankelijk van de klinische vooruitgang.

Stap 5 - Klinische hoedanigheid van de Suïcidale Status

Indien er bij drie opeenvolgende sessies zich geen suïcidale gedachten, gevoelens en/of gedragingen hebben voorgedaan geeft dit aan dat het suïciderisico zodanig verminderd is dat er op dat moment geen reden meer is om de behandeling voort te zetten. De CAMS-procedure kan dan beëindigd worden (zie Jobes, 2006; Jobes et al 1997) en de CAMS Evaluatieformulieren ingevuld (zie Bijlage 7 en 8). Uiteraard kan de CAMS-procedure weer opgestart worden als het suïcidale gedrag zich opnieuw manifesteert.

Literatuur

Andreasson K. T. (2015). Suicide prevention and borderline personality disorder- The DiaS trial. PhD Thesis University of Copenhagen 2016.

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C. et al. (2016). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy versus Collaborative Assessment and Management of Suicidality Treatment for Reduction of Self-Harm in Adults with Borderline Personality Traits and Disorder: A Randomized Observer-Blinded Clinical Trial. *Depression and Anxiety* 00:1-11.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, Sharon X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy for the prevention of Suicide. Journal of the American Medical Association*, 29, 563-570.

Conrad, A. K., Jacoby, A. M., Jobes, D. A., Line-berry, Shea, C., Fritsche, K., Schmid, P., Ellen-becker, S., Grenell, J., & Arnold-Ewing, T. (2009). A psychometric investigation of the suicide status form with suicidal inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 39(3):307-20

De Groot M.H., de Beurs, D.P., de Keijser, J., Kerkhof A.J.F.M. (2015) An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interventions* 12(3) ; [doi:10.1016/j.invent.2015.04.004](https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.04.004)

Drozd, J. F., Jobes, D. A., & Luoma, J. B. (2000). The collaborative assessment and management of suicidality in air force mental health clinics. *The Air Force Psychologist*, 18, 6-11.

Eddins, C. L., & Jobes, D. A. (1994). Do you see what I see? Patient and clinician perceptions of underlying dimensions of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 170-173.

Ellis T. E., Allen J. G., Woodson H., Frueh B. C., Jobes D. A. (2009). Implementing an evidence based approach to working with suicidal inpatients. *Bull Meninger Clin*.

Jobes, D. A. (1995). The challenge and the promise of clinical suicidology. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 25, 437-449.

Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 30, 8-17.

Jobes, D. A. (2003). Understanding suicide in the 21st century. *Preventing Suicide: The National Journal*, 2, 2-4.

Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York: The Guilford Press.

Jobes, D. A., & Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability: Assessing and re-vi-sing policies, procedures, and practice in outpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 91-99.

Jobes, D. A., Bryan, C. J., & Neal-Walden, T. A. (2009). Conducting suicide research in naturalistic clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1-14.

CAMS suicide status form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes. Alle rechten gereserveerd. Nederlandse vertaling Remco FP de Winter MD PhD, Marieke de Groot PhD.

- Jobes, D. A., & Drozd, J. F. (2004). The CAMS approach to working with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 73-85.
- Jobes, D. A., Jacoby, A. M., Cimboric, P., & Hus-tead, L. A. T. (1997). The assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 368-377.
- Jobes, D. A., Kahn-Greene, E., Greene, J., & Goeke-Morey, M. (in press). Clinical improvements of suicidal outpatients: Examining suicide status form responses as moderators. *Archives of Suicide Research*.
- Jobes, D. A., & Mann, R. E. (1999). Reasons for living versus reasons for dying: Examining the internal debate of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 97-104.
- Jobes, D. A., & Mann, R. E. (2000). Letters to the editor-Reply. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 182.
- Jobes, D. A., Nelson, K. N., Peterson, E. M., Pen-tiuc, D., Downing, V., Francini, K., & Kiernan, A. (2004). Describing suicidality: An investigation of qualitative SSF responses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 99-112.
- Jobes, D. A., Moore, M., & O'Connor S. S. (2007). Working with suicidal clients using the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS). *Journal of Mental Health Counseling*, 29, 283300.
- Jobes, D. A., Wong, S. A., Conrad, A., Drozd, J. F., & Neal-Walden, T. (2005). The Collaborative assessment and management of suicidality vs. treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 483-497.
- Jobes, D. A., Rudd, M. D., Overholser, J. C., & Joiner, T. E. (2008). Ethical and competent care of suicidal patients: Contemporary challenges, new developments, and considerations for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 405-413.
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., & Jobes, D. A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 447-453.
- Groot, M. de, Beurs, D. P. de, Keijser, J. de, & Kerkhof, A. F. (2015). An e-learning supported Train-the-Trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care. *Internet Interventions*, 2(3), 323-329.
- Hafkenscheid, A. Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept (2015). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 57(3): 202-209.
- Hemert, A. M. van, Kerkhof, A. F. J. M., Keijser, J. de & Verwey, B. (2012). Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos Instituut, Utrecht.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Maltsberger, J. T. (1986). *Suicide risk: The formulation of clinical judgment*. New York: New York University Press.
- CAMS suicide status form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes. Alle rechten gereserveerd. Nederlandse vertaling Remco FP de Winter MD PhD, Marieke de Groot PhD.

Nielsen A.C., Alberdi D.A., Rosenbaum B. Collaborative assessment and management of suicidality methods shows effect. *Dan Med Bull.* 2011;58(8):A4300

Oordt, M., Jobes, D., Rudd, M., Fonseca, V., Russ, C., Stea, J., Campise, R., & Talcott, W. (2005). Development of a clinical guide to enhance care for suicidal patients. *Professional Psychology: Research and Practice.* 36, 208-218.

Orbach, I. (2001). Therapeutic empathy with the suicidal wish. *American Journal of Psychotherapy,* 55, 166-184.

Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach.* New York: Guilford.

Shneidman, E.S. (1985). *Definition of Suicide.* New York: Wiley.

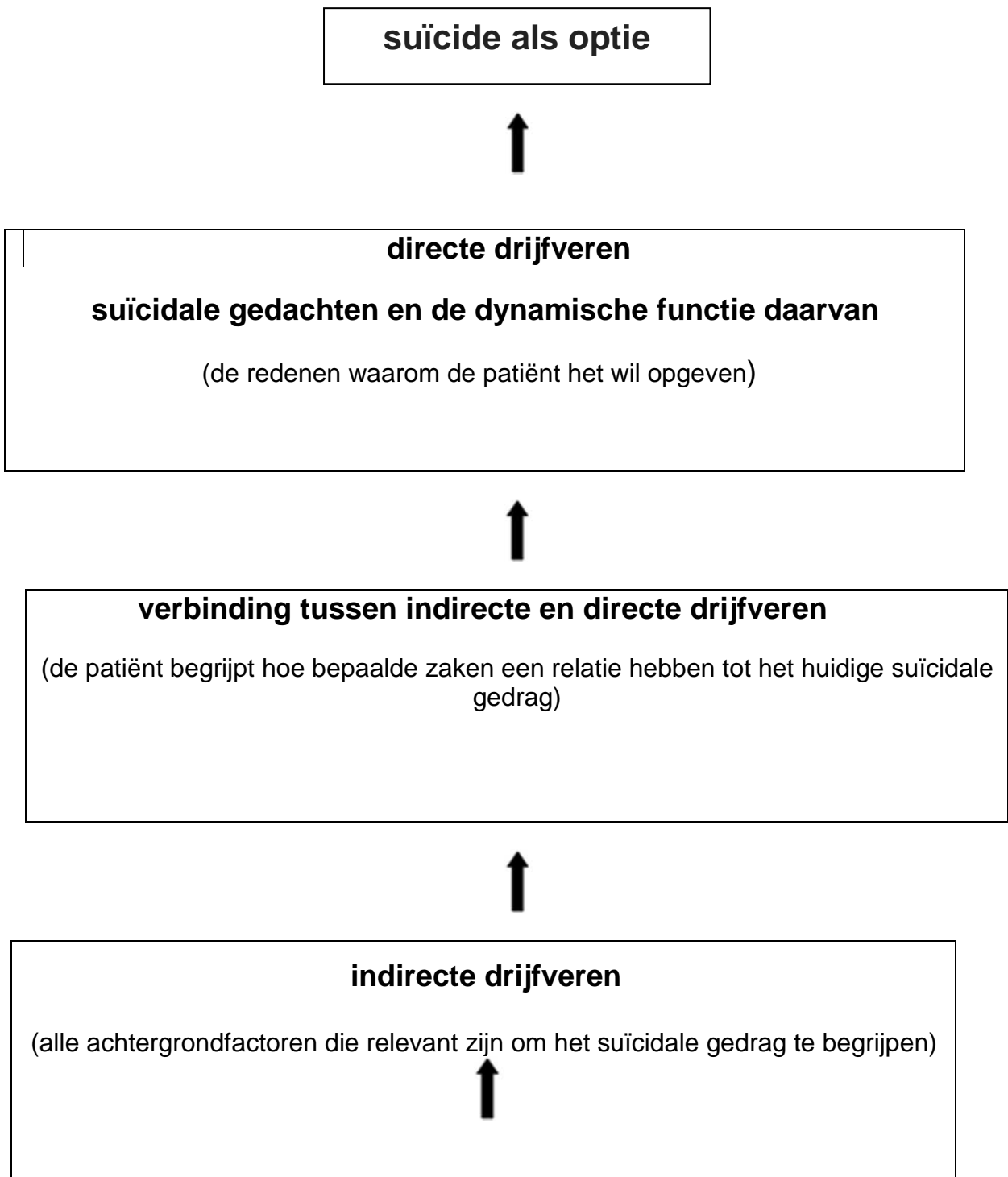
Schneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior.* Northvale, NJ: Aronson.

Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of clinical psychiatry,* 59(suppl 20), 1-478.

Dankbetuiging: We danken collega Anne-Barbara Ankum voor aanvullingen en het kritisch nalezen van de vertaling.

CAMS suicide status form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes. Alle rechten gereserveerd. Nederlandse vertaling Remco FP de Winter MD PhD, Marieke de Groot PhD.

Bijlage 0: Begrijpen van het suïcidale proces (subjectief en objectief)



Bijlage 1: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt
(Invullen tijdens de eerste sessie door de patiënt en de behandelaar)

Patient:
 Behandelaar:

Datum:
 Tijd:

- Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel het cijfer dat hier het best bij past.
- Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

onderwerp		positie
psychische pijn	Psychische pijn (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)	
	weinig pijn 1 2 3 4 5 veel pijn	
	Het meest pijnlijke vind ik:	
stress	Stress (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	
	weinig stress 1 2 3 4 5 veel stress	
	Het meest stressvolle vind ik:	
onrust	Scoor de mate van onrust (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)	
	weinig onrust 1 2 3 4 5 veel onrust	
	De onrust die er toe leidt dat ik iets moet doen is:	
wanhooop	Scoor de mate van wanhoop (uw verwachting dat het niet beter wordt ongeacht wat u ook doet)	
	weinig wanhoop 1 2 3 4 5 veel wanhoop	
	Het meest wanhopig ben ik door:	
afkeer	Scoor de mate waarin u afkeer van uw zelf ervaart (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect)	
	weinig afkeer 1 2 3 4 5 veel afkeer	
	De meeste afkeer ervaar ik door:	
risico op suïcide	Scoor de mate van risico op zelfdoding (uw algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	
	weinig risico 1 2 3 4 5 hoog risico	

In welke mate zijn uw gedachten rondom zelfdoding of verwante zaken <u>aan uw zelf</u> gerelateerd?						
helemaal niet	1	2	3	4	5	heel erg
In welke mate zijn uw gedachten rondom zelfdoding of verwante zaken <u>aan anderen</u> gerelateerd?						
helemaal niet	1	2	3	4	5	heel erg

Beschrijf de redenen om te willen blijven leven en de redenen om te willen sterven

positie	redenen om te leven	positie	redenen om te sterven

Mijn wens om te leven is:						
helemaal afwezig	1	2	3	4	5	helemaal aanwezig
Mijn wens om te sterven is:						
helemaal aanwezig	1	2	3	4	5	helemaal afwezig

**Bijlage 2: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) - versie behandelaar
(Invullen tijdens de eerste sessie door de behandelaar)**

Suïcidale gedachten?

Ja / nee

Beschrijving:

Frequentie --- per dag ---per week ---per maand

Duur --- seconden ---minuten ---uren

Suïcideplan?

Ja / nee

Wanneer?

Waar?

Hoe?

daarbij beschikking van middelen?

Ja / nee

Welke?

Vorbereidingen getroffen voor suïcide?

Ja / nee

Beschrijving:

Suïcide poging?

Ja / nee

Beschrijving:

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag?

Ja / nee

Bij één poging

Beschrijving:

Meerdere pogingen

Beschrijving:

Impulsiviteit?

Ja / nee

Beschrijving:

Middelen misbruik?

Ja / nee

Beschrijving:

Belangrijk verlies?

Ja / nee

Beschrijving:

Relatieproblemen?

Ja / nee

Beschrijving:

Gevoel van last voor anderen?

Ja / nee

Beschrijving:

Gezondheidsproblemen?

Ja / nee

Beschrijving:

Slaapproblemen?

Ja nee

Beschrijving:

Financiële of justitiële problemen?

Ja nee

Beschrijving:

Schaamte?

Ja nee

Beschrijving:

Bijlage 3: CAMS-Behandelman**(Invullen tijdens de eerste en daarop volgende sessies door patiënt en hulpverlener)**

probleem	probleembeschrijving	doelstellingen	interventies	geschatte duur
(voorbeeld)	X heeft een hoog risico zich te gaan suïcideren door voor de trein te springen	X geeft aan dat hij de neiging om voor de trein te springen kan beheersen	-opstellen van een stabiliseringsplan -naasten betrekken om veiligheid te vergroten	onbekend
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

12				
13				
14				

De patiënt begrijpt en gaat akkoord met het behandelplan?

Ja / nee

Er is sprake van een groot risico waardoor acuut ingrijpen noodzakelijk is

Ja / nee

Handtekening patiënt

Handtekening behandelaar

Datum

Datum

**Bijlage 4: CAMS-Stabilisatieplan
(invullen bij voorkeur einde intakefase door patiënt en behandelaar)**

Manieren om toegang tot middelen voor suïcide te voorkomen?

- 1.
- 2.
- 3.

Acties die ik kan ondernemen om het suïcidale gedrag te verminderen

- 1.
- 2.
- 3.

In noodgevallen zijn de volgende noodnummers van belang

1. (naam, nummer)
- 2.
- 3.

Mensen die ik in geval van nood kan benaderen

1. (naam, nummer)
- 2.
- 3.

De volgende behandelafspraken kom ik na

	barrières	oplossingen
1		
2		
3		

**Bijlage 5: CAMS -Evaluatie na eerste behandeling
(Invullen na de intakefase door de behandelaar en de patiënt)**

Psychiatrische status anamnese (omcirkel)

Bewustzijn alert slaperig lethargisch stuporeus
anders:

Oriëntatie: persoon plaats tijd

Stemming: somber verhoogd dysfoor geagiteerd

Affect: vlak geremd labiel

Vorm van de gedachten: helder /coherent doelgericht tangentieel incoherent

Inhoud van de gedachten: obsessief wanenachtig bizar

Abstractievermogen: goed gestoord

Bijlage 6: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt
 (invullen door de patiënt en de behandelaar voorafgaand aan elke sessie)

Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel het cijfer dat hier het best bij past.
 Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

onderwerp							positie	
psychische pijn	Psychische pijn (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)							
	weinig pijn	1	2	3	4	5		veel pijn
	Het meest pijnlijke vind ik:							
stress	Stress (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)							
	weinig stress	1	2	3	4	5		veel stress
	Het meest stressvolle vind ik:							
onrust	Scoor de mate van onrust (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)							
	weinig onrust	1	2	3	4	5		veel onrust
	De onrust die er toe leidt dat ik iets moet doen is:							
wanhoop	Scoor de mate van wanhoop (uw verwachting dat het niet beter wordt ongeacht wat u ook doet)							
	weinig wanhoop	1	2	3	4	5		veel wanhoop
	Het meest wanhopig ben ik door:							
afkeer	Scoor de mate waarin u afkeer van uw zelf ervaart (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect)							
	weinig afkeer	1	2	3	4	5		veel afkeer
	De meeste afkeer ervaar ik door:							
risico op suicide	Scoor de mate van risico op zelfdoding (uw algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)							
	weinig risico	1	2	3	4	5		hoog risico

In de afgelopen week:

Had u suïcidale gedachten?

Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)

Zo ja, kon u omgaan met uw suïcidale gedachten? *Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)*

Ondernam u suïcidale handelingen?

Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)

**Bijlage 7: CAMS -Evaluatie gedurende en na de behandeling
(Invullen op geleide van het beeld door de behandelaar en de patiënt)**

Psychiatrische status anamnese (omcirkel)

Bewustzijn alert slaperig lethargisch stuporeus

Anders:

Oriëntatie: persoon plaats tijd
evaluatiereden

Stemming: somber verhoogd dysfoor geagiteerd

Affect: vlak geremd labiel

Vorm van de gedachten: helder /coherent doelgericht tangentieel incoherent

Inhoud van de gedachten: obsessief wanenachtig bizar

Abstractievermogen: goed gestoord

Spraak: versneld vertraagd onduidelijk verarmd incoherent

Geheugen: globaal intact gestoord

Realiteitstoetsing:

Specifieke gedragsobservaties:

Diagnostische overweging en classificatie:

Suïcide risiconiveau: laag gemiddeld hoog

Overige opmerkingen:

Bijlage 8: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt
 (invullen door de patiënt en de behandelaar na afloop van de behandeling)

Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel het cijfer dat hier het best bij past.
 Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

onderwerp		positie
psychische pijn	Psychische pijn (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)	
	weinig pijn 1 2 3 4 5 veel pijn	
	Het meest pijnlijke vind ik:	
stress	Stress (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	
	weinig stress 1 2 3 4 5 veel stress	
	Het meest stressvolle vind ik:	
onrust	Scoor de mate van onrust (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)	
	weinig onrust 1 2 3 4 5 veel onrust	
	De onrust die er toe leidt dat ik iets moet doen is:	
wanhoop	Scoor de mate van wanhoop (uw verwachting dat het niet beter wordt ongeacht wat u ook doet)	
	weinig wanhoop 1 2 3 4 5 veel wanhoop	
	Het meest wanhopig ben ik door:	
afkeer	Scoor de mate waarin u afkeer van uw zelf ervaart (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect)	
	weinig afkeer 1 2 3 4 5 veel afkeer	
	De meeste afkeer ervaar ik door:	
risico op suicide	Scoor de mate van risico op zelfdoding (uw algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	
	weinig risico 1 2 3 4 5 hoog risico	

In de afgelopen week:

Had u suïcidale gedachten? *Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)*

Zo ja, kon u omgaan met uw suïcidale gedachten? *Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)*

Ondernam u suïcidale handelingen? *Ja / nee (licht eventueel toe op de achterzijde)*

Waren er specifieke delen van de behandeling specifiek behulpzaam voor u? Beschrijf deze dan zo specifiek mogelijk

Wat heeft u geleerd? Beschrijf dit zo specifiek mogelijk

Wat kan zinvol zijn indien u in de toekomst weer last krijgt? Beschrijf dit zo specifiek mogelijk