

# RINO • amsterdam

## CAMS

## 2021

[WWW.SUICIDALITEIT.NL](http://WWW.SUICIDALITEIT.NL)

*Remco de Winter, Jo-Ann Ruimveld*

*Special thanks for material: Eoin Galavan & David Jobes*



**Rivierduinen**

*Pro Persona*  
geestelijke gezondheidszorg



**Parnassia Groep**



UNIVERSITY

# Programma

- Korte eerste introductie CAMS
  - Algemene introductie over suïcidaal gedrag
  - Korte herhaling over basale suïcidaliteitsbeoordeling
  - Bespreking gangbare modellen voor suïcidaliteit (basis CAMS)
- 
- CAMS vragenlijsten
  - Rationale model bespreking componenten
  - SSF oefenen
  - Verdere uitleg

*Foto's zijn o.a. van Pexels en kunnen gratis worden gedownload en gebruikt*

Mile Ribeiro, Chevanon Photography, Mikhail Nilov, Cottonbro, Remco de Winter,, Erik Johansson, Thirdman  
113 zelfmoordpreventie, Eoin Calavan, Heloisa Freitas, Christina Morillo, Karolina Grabowska, Kate Aamund,  
Shvets production, Mart productions, Bret Jordan, Kat Jane,



# Voorstellen

**Wat doe je?**

**Ervaring met het onderwerp? (anderen/zelf)**

**Hoe ga je in de praktijk om met suicidale mensen?**

**INTRO**

# Introductie CAMS Nederland

## **Missing link IASP congres in Montreal**

- Ontmoeting David Jobses in Canada (zomer 2015) en opgezocht (najaar 2015) in Odense Denemarken.
- Vertaling Remco de Winter & Marieke de Groot (voorjaar 2016).
- Denemarken als voorbeeld
- Uitwaaiëren Nederlands taalgebied
- Sindsdien diverse pogingen wel presentaties
  - Generieke module
- Uitrol Rino Amsterdam september 2021



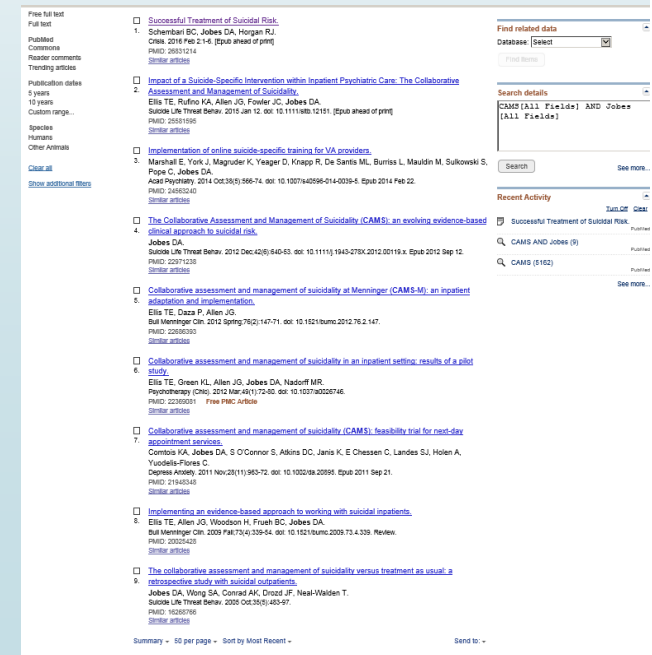


# CAMS en achtergrond

## Collaborative Assessment & Management of suicidality

➤ Ontwikkeld door Prof David Jobes Washington vanaf 1987

- 8 non-randomized CT's
- 1 meta-analyse
- 4 RCT's
- 1 RCT unpublished
- 5 RCT's ongoing
  - (DL, Seattle, veteran affairs)



# CAMS

- Vermindering suïcidale ideaties
- Veranderde ↓ suïcidale cognities
- Geeft toename van hoop
- Positieve patiënt ervaring
- Verminderd SEH bezoek
- ↓ zelfbeschadiging en pogingen
- **Relatief gemakkelijk te leren**

# Juridisch/schadeclaims

- ▶ In Nederland “wat vies” argument in de VS essentieel
- ▶ Goede bescherming, door notities
- ▶ Ook hier toename claim cultuur



# Behandelvorm

The screenshot shows a web browser window with several tabs open. The active tab is titled 'Diagnostiek en behandel...' and the address bar shows the URL 'https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag'. The browser's address bar also displays 'Veilig' and 'Aid'. The page header includes the logo for 'Kwaliteitsontwikkeling GGZ' and a search bar with the text 'Zoeken in de database'. There are links for 'Inloggen' and 'MENU'. The main content area features the title 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' and the text 'Autorisatie datum: 22-02-2018'. A sidebar on the left contains a search bar with the text 'Zoeken binnen diagnostiek en behandeling'. The right sidebar lists several sections: 'Inleiding', 'Patiëntenperspectief', 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag', and 'Organisatie van zorg'. The Windows taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock displaying '16:51 23-5-2018'.

Generieke modules

## Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Autorisatie datum: 22-02-2018

Generieke modules / Diagnostiek en behandel...

### Inleiding

Generieke modules / Diagnostiek en behandel...

### Patiëntenperspectief

Generieke modules / Diagnostiek en behandel...

### Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Generieke modules / Diagnostiek en behandel...

### Organisatie van zorg

Generieke modules / Diagnostiek en behandel...

Inbox (5) - rfpdewinter@ - X Parnassia Portaal Parnassia Portaal Home - PubMed - N Space Google VVeilig | https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/achtergronddocumenten Ultimate Guitar T Webruimte bij One: Nieuw tabblad Parnassia Groep Me: CBS StatLine Ultimate Torrents V » » Andere bladwijzers Remco de Winter - Outlook - X Remco de Winter - Outlook Web App Achtergronddocumenten - X Achtergronddocumenten - X Remco de Winter - Outlook Web App

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

## Achtergronddocumenten

Generieke modules / Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag / achtergronddocumenten

Open index

### CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality) ☆

Een veelbelovende behandelingsmethode voor suïcidaal gedrag is de Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS). De CAMS is een therapeutisch klinisch raamwerk dat gebruikt kan worden bij (chronisch) suïcidaal gedrag van klinische en ambulante patiënten. De behandeling richt zich specifiek op suïcidaal gedrag. Er zijn een aantal RCT's met het model verricht, waarbij een goed effect is gevonden. In ieder geval een gelijk effect als bij de dialectische gedragstherapie. De methode is simpel en kosteneffectief.

Bij de CAMS methode gaan behandelaar en patiënt een samenwerking aan waarin bij de start van de behandeling de drijfveren van het suïcidale gedrag worden geïnventariseerd. Samen met de patiënt wordt een stabilisatieplan opgesteld. Gedurende de behandeling worden vorderingen bijgehouden door het geregeld samen invullen van het Suicide Status Formulier (SSF).

Gedurende de CAMS methode vindt parallel de behandeling van de onderliggende drijfveren van suïcidaal gedrag plaats. De kracht van de methode is de specifieke benadering en samenwerking in een sluitend raamwerk waarbij er geen strikte richtlijnen voor de behandeling van de onderliggende drijfveren zijn. Het kan betekenen dat een onderliggende depressie volgens de richtlijn wordt behandeld, maar er kan bijvoorbeeld ook dialectische gedragstherapie worden toegepast bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Een recente Nederlandse vertaling is beschikbaar op [suicidaliteit.nl](https://suicidaliteit.nl).

Zie ook de [CAMS voorbeeld-casus](#).

### CAMS voorbeeld-casus ☆

Onderstaande casus is een weergave van een gesprek dat wordt gevoerd nadat een hulpverlener een patiënt al over het een en ander gesproken heeft en er al sprake is van een goede contactgroei.



自殺危機處遇合作取向

MANAGING SUICIDAL RISK: A COLLABORATIVE APPROACH  
David A. Jobes 著  
丘彥南醫師 鄭校卿 譯  
賴祐華 謝月英 戴麗紅 譯

MANAGING Suicidal Risk

A Collaborative Approach

DAVID A. JOBES

살 위험관리

MANAGING Suicidal Risk A Collaborative Approach

DAVID A. JOBES 著

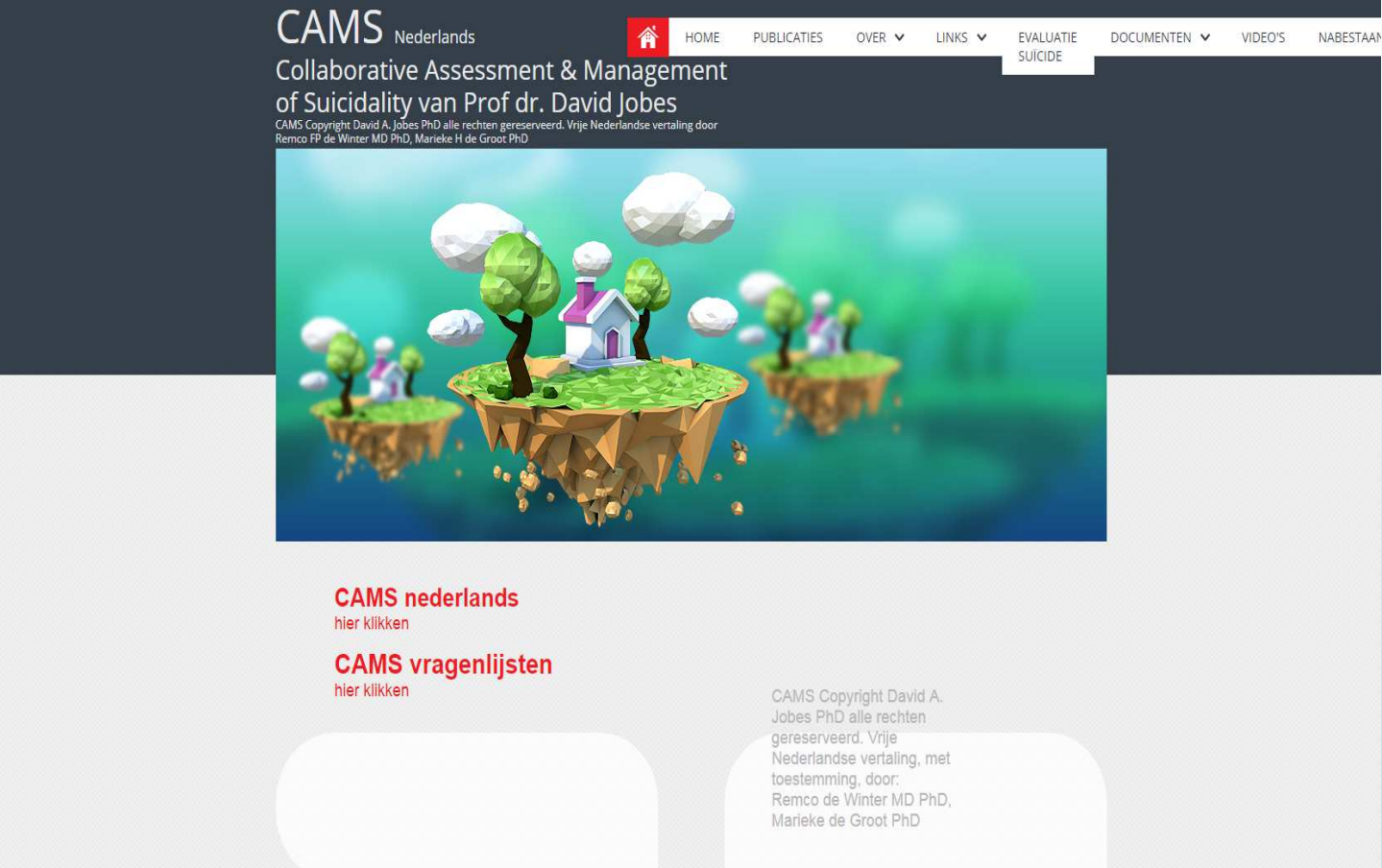
서혜석·공은숙·한숙자·김태형  
이다식·박인태·김선범·채인석 옮김

군자출판사





[www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl) (Gratis!)




**CAMS** Nederlands

Collaborative Assessment & Management  
of Suicidality van Prof dr. David Jobes

CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door  
Remco FP de Winter MD PhD, Marieke H de Groot PhD

HOME PUBLICATIES OVER LINKS EVALUATIE SUICIDE DOCUMENTEN VIDEO'S NABESTAAN



**CAMS nederlands**  
hier klikken

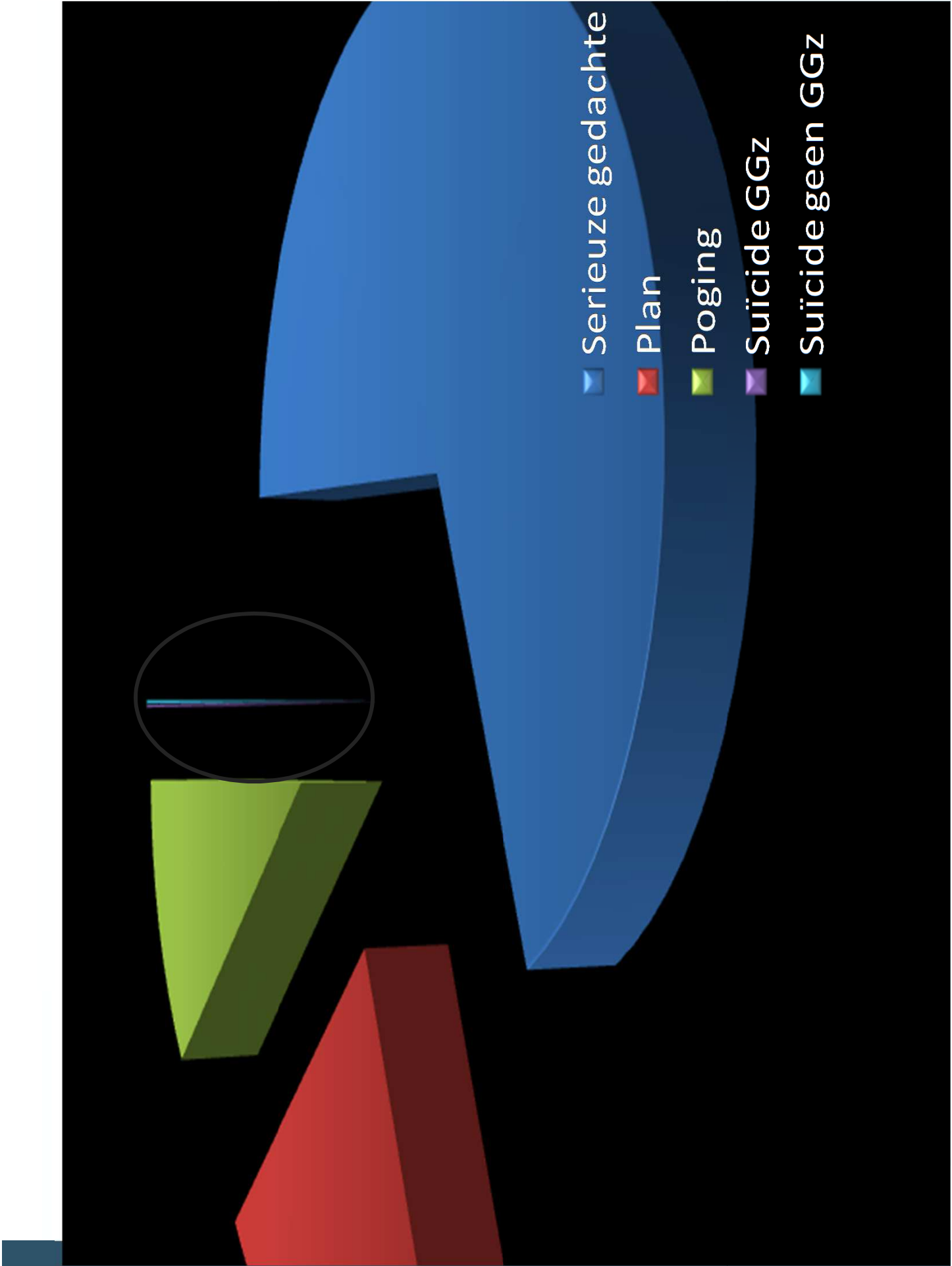
**CAMS vragenlijsten**  
hier klikken

CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling, met toestemming, door:  
Remco de Winter MD PhD,  
Marieke de Groot PhD

# Algemeen suïcidaliteit

- Suïcidaliteit = Suïcidaal gedrag?
  - Ja/nee.....
  - Semantische discussie

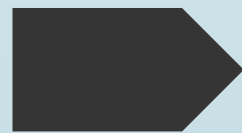
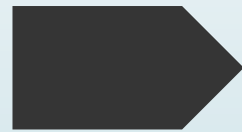




# Selectie probleem?

- **Suïcidaliteit** vaak voorkomend GGZ (5-50%) soms niet herkend.
  - **Suicide** komt relatief weinig voor (suicide 1:1200 “patiënten” pj)
- **Suïcidaliteit** zeldzaam algemene bevolking(2.5%) vaak niet herkend
  - **Suicide** is zeldzaam (suicide 1:16000 pj niet in GGZ)
- Suicide te laat voor een hulpverlener (zeker GGZ)?
  - Niet herkend
- Echter bij herkende suïcidaliteit(ernstig) > GGZ

Maar 2 DSM classificaties waarin suïcidaliteit



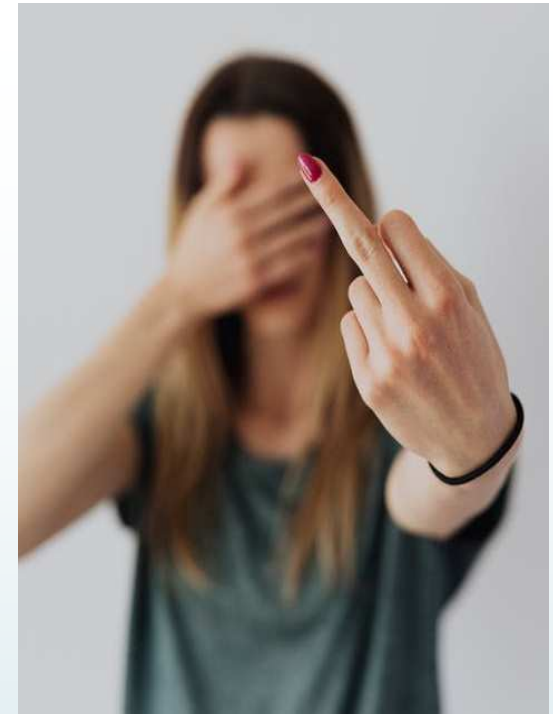
# Suïcidaliteit en psychotherapie

- ASSIP (acute suicidaliteit na TS) (Michel & Gysin-Maillart 2020)
- DGT (borderline PS) > zelf beschadiging (Linehan diverse)
- CAMS (Algemeen (chronisch) suicidaliteit) (Jobes diverse)
- “MBT”
- **CBT (CT-SP = suicide focussed CT)** (Brown e.a. 2005)
- **Brief CBT**
- PST
  
- Maar 3 vormen specifiek gericht op suicidaliteit in breedte
- CAMS gehele spectrum
- ASSIP suicidaliteit na TS
- CT-SP



## Niet in discussie.....

- Als suïcidaliteit **verzonnen** is?
- Of een **chantagemiddel** is?
- Maar ook tegenoverdracht vd behandelaar is **gevaarlijk**
- Zeer moeilijk te onderscheiden maar dan ook altijd op zoek gaan naar **onderliggende drijfveren!**
- **Respectvol en emphatisch blijven!**



# Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Generieke modules

## Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Autorisatie datum: 22-02-2018



Diagnostiek en behandeling van  
suïcidaal gedrag

Zoeken binnen diagnostiek en behand.



Generieke modules / Diagnostiek en behand...

**Inleiding**

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

**Patiëntenperspectief**

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

- MDRDBSG/GM SG:
- CASE methode
- Pijlers richtlijn:
  - Contact
  - Naasten
  - Veiligheid
  - Continuïteit
  - Structuurdiagnose

# Contact/systematisch onderzoek van suïcidaliteit

## Herhaling vanuit Pitstop/richtlijn

Doel:

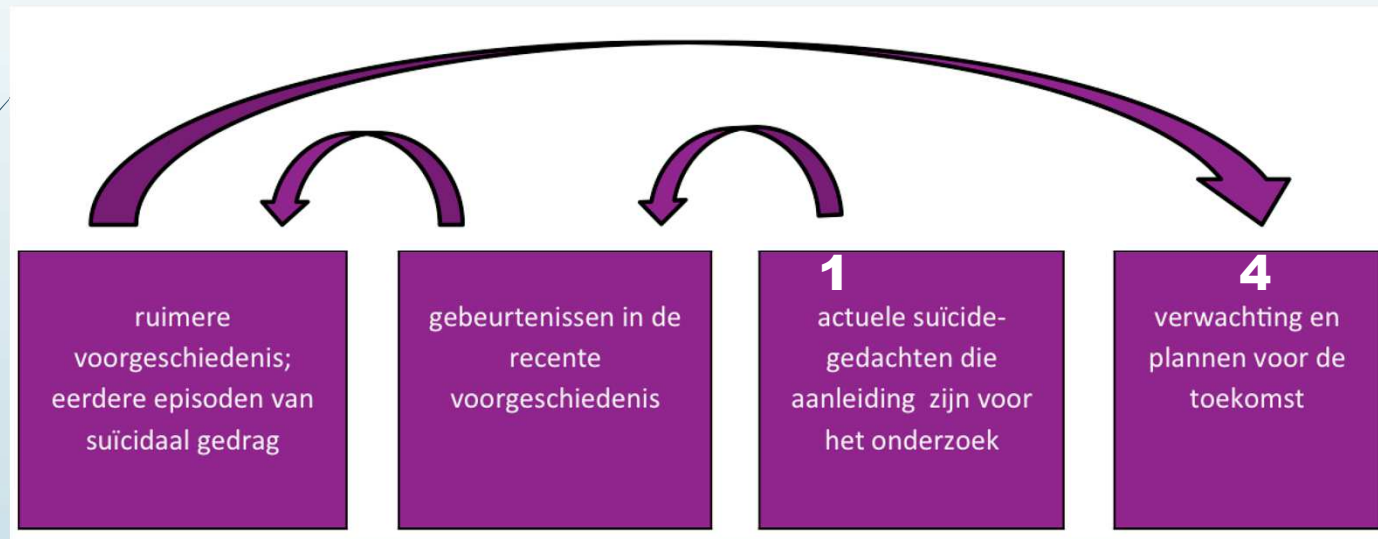
- ▶ Contact maken over suïcidegedachten door:
  - ▶ concrete vragen te stellen over actuele suïcidegedachten
  - ▶ ingaan op wat de patiënt zegt
  - ▶ doorvragen



# Chronological Assessment of Suicidal Episodes

CASE- interview (Bijlage)

Shea (1998)



# Contact en systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag

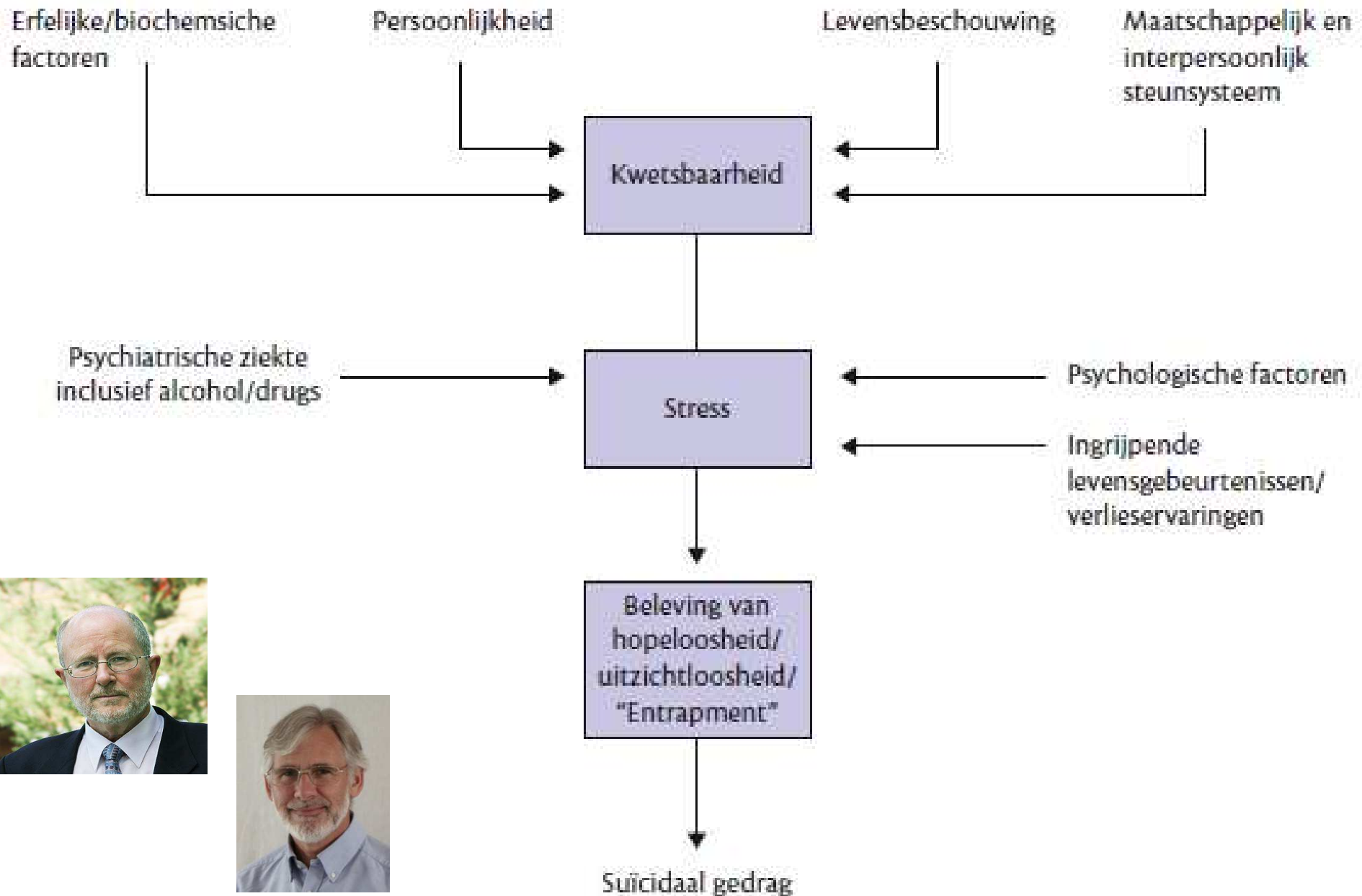


**Korte plenaire oefening**



# Stress, kwetsbaarheid en entrapment

Goldney (2008) & Williams (2005)

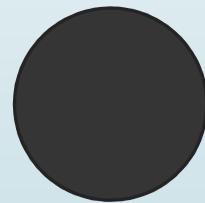


# Model voor ontstaan suïcidaliteit



# Ambivalentie

Wens om te leven



Wens om te sterven

# Beschermend?

➔ **Angst voor de dood.....**



➔ Groter dan de liefde voor het  
**leven.....**

# Altijd negatief?

Verandering en groei is altijd mogelijk en suicidaliteit kan soms positief zijn.

- Survivor GGB
- <https://www.youtube.com/watch?v=WcSUs9iZv-g>





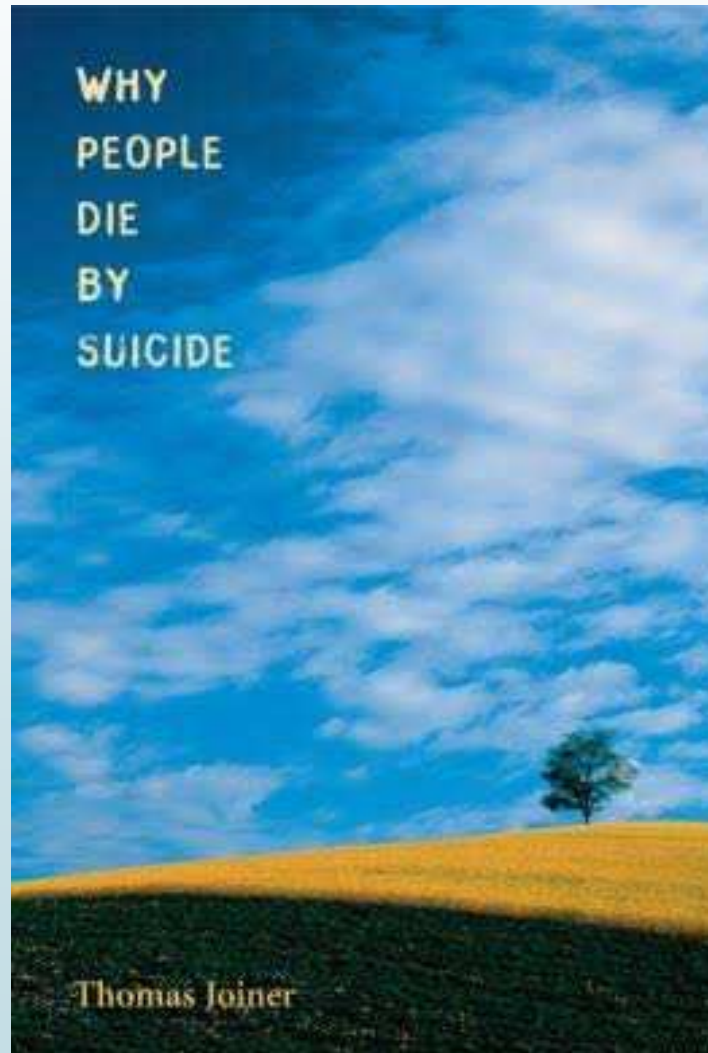
# Koffie en zo..





# Model van Thomas Joiner

Interpersonal model for suicide



# Joiners “Interpersonal Theory of Suicide”

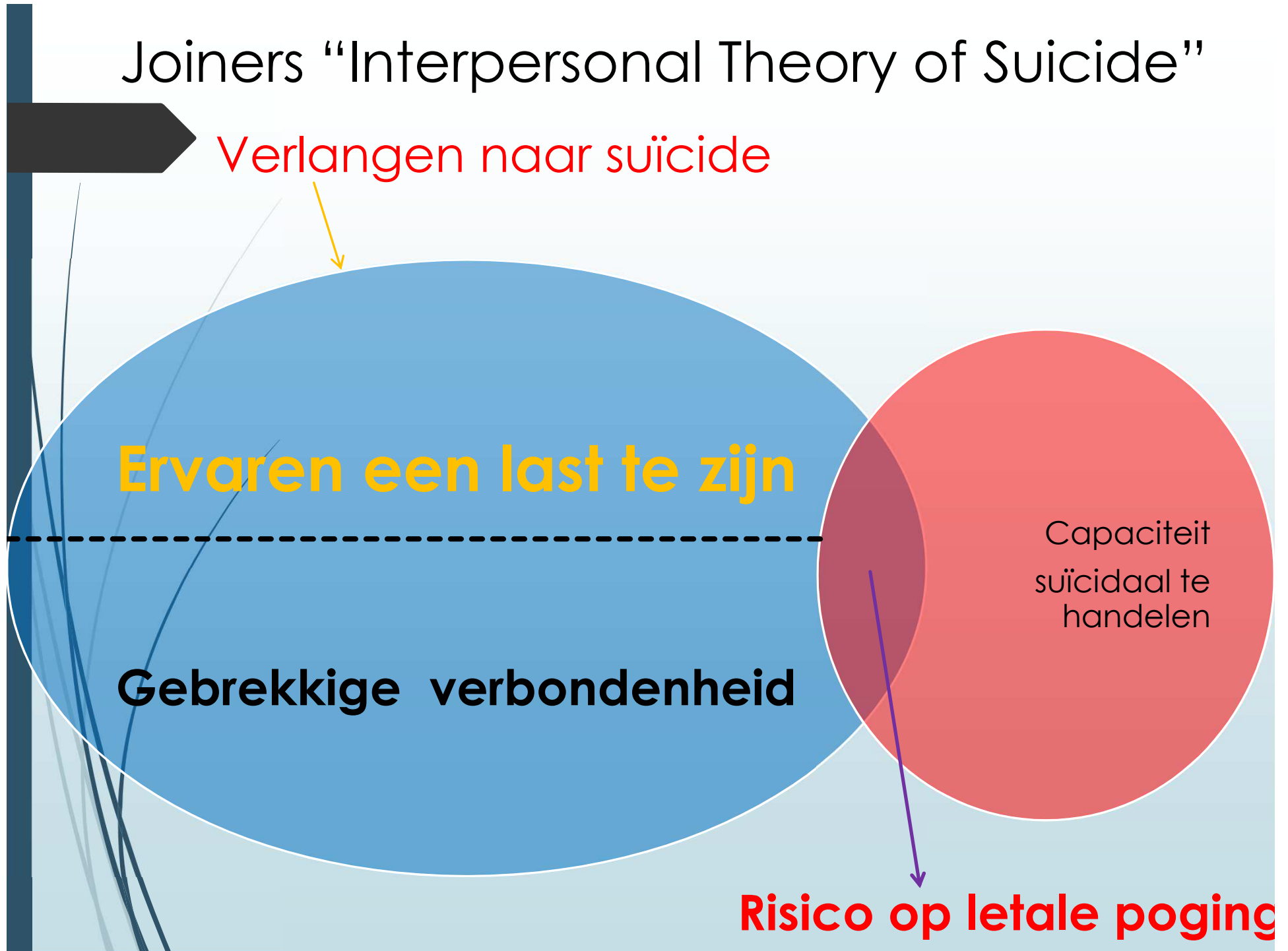
Verlangen naar suïcide

Ervaren een last te zijn

Gebrekkige verbondenheid

Capaciteit  
suïcidaal te  
handelen

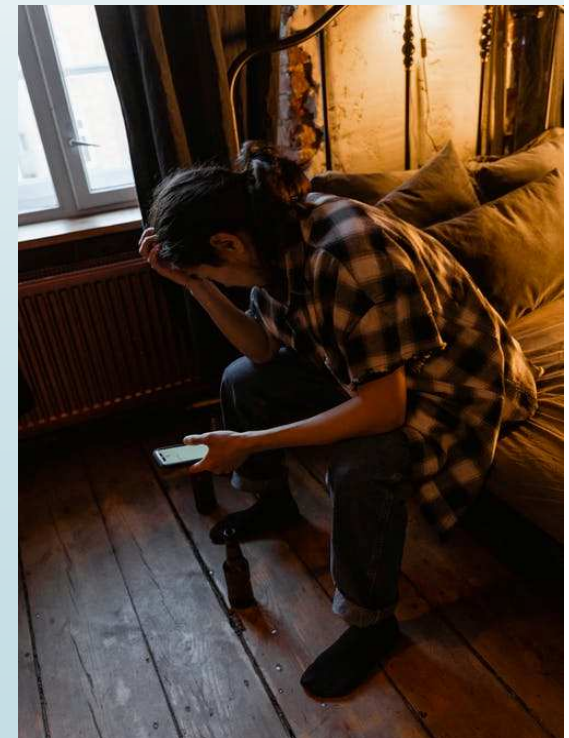
Risico op letale poging



# Ervaren een last te zijn

*(perceived burdensomeness)*

- ▶ *Gedachte van voortdurend te falen en daar anderen ook ernstig mee belast*
- ▶ *Zeer sterke inductor om te verlangen naar de dood.*



# “Een last zijn”

- O.a.
- De perceptie van niets voorstellen en falen
- Overtuiging een last zijn, ze zijn beter af zonder mij!
- Deze coping kan meer permanent worden.
- Overtuiging ontwikkelen er is geen andere keus meer

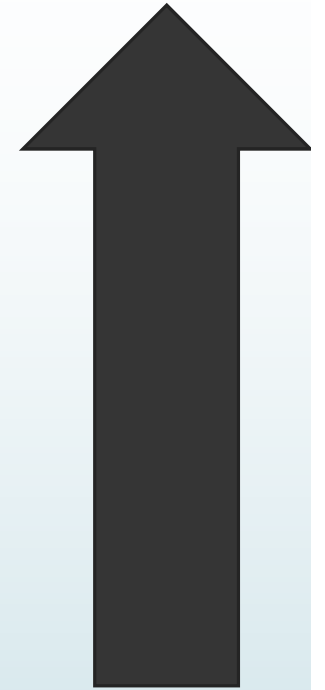
# Algemene Voorbeelden

- ▶ Ik heb het allemaal zelf veroorzaakt.
- ▶ Ik heb mijn familie uit elkaar getrokken.
- ▶ Als vrouw stel ik ook niets meer voor en maak mijn man ongelukkig.
- ▶ Mijn kinderen zijn veel beter af zonder mij want ik geef alleen maar gedoe
- ▶ Ik zorg voor ongeluk
- ▶ .....

Een Last zijn  
(Overtuiging)



Frequentie  
& lethaliteit



# Joiners “Interpersonal Theory of Suicide”

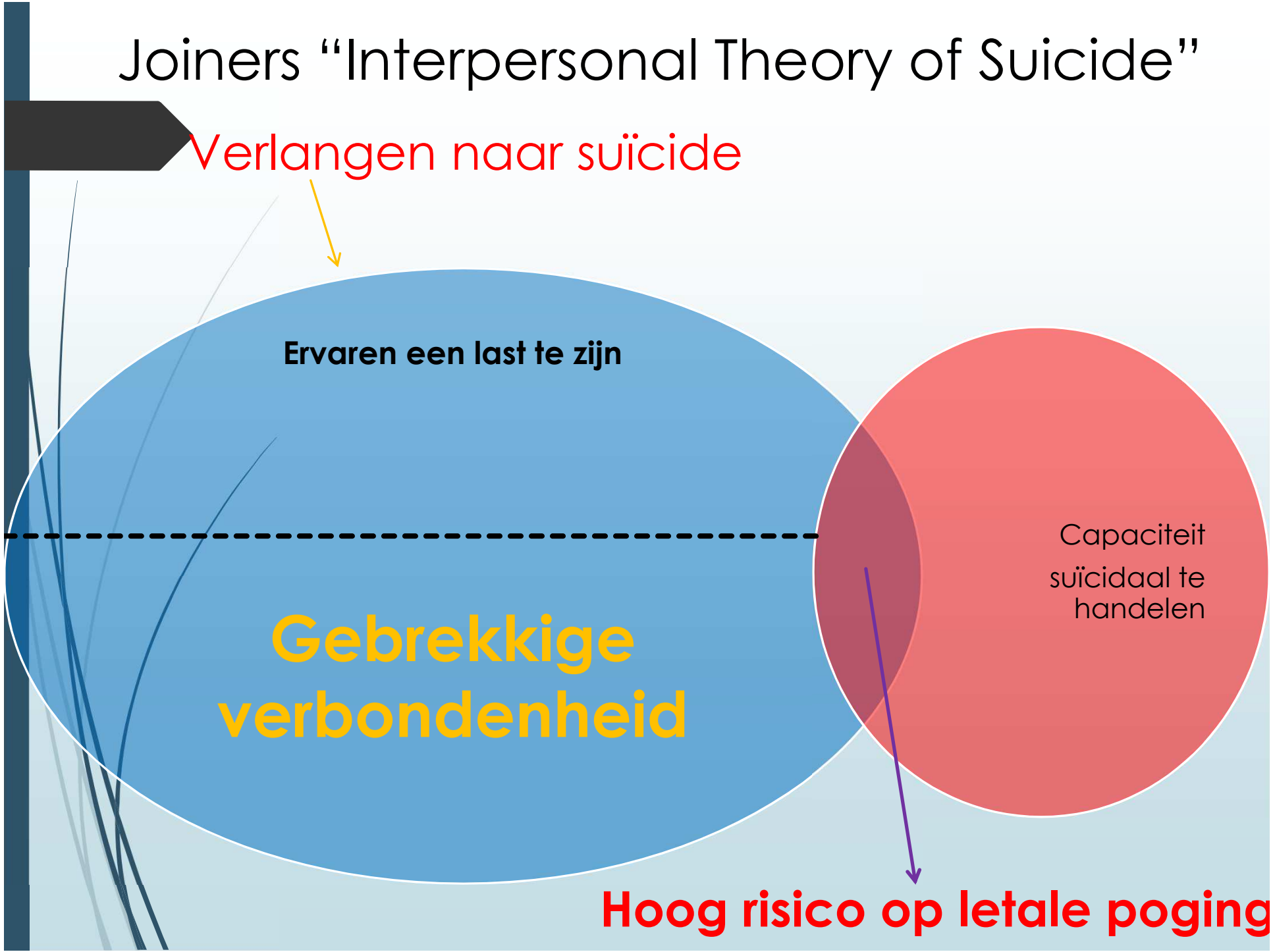
Verlangens naar suïcide

Ervaren een last te zijn

Gebrekkige  
verbondenheid

Capaciteit  
suïcidaal te  
handelen

Hoog risico op letale poging





# Gebrekkige verbondenheid

*(thwarted belongingness)*

- ▶ De noodzaak voelen om er te zijn er “toe te doen” en/of betekenis te hebben.
- ▶ *Wat gebeurt er als we ons volledig geïsoleerd voelen?.....*
- ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=ZTYsqsT2pKk>

# Algemene Voorbeelden

- ▶ Ik heb niets voor elkaar gekregen
- ▶ Niemand zal me missen
- ▶ Ik heb zo weinig in te brengen, ben totaal oninteressant
- ▶ Als moeder stel ik niets voor hoef er niet te zijn
- ▶ .....

# Joiners "Interpersonal Theory of Suicide"

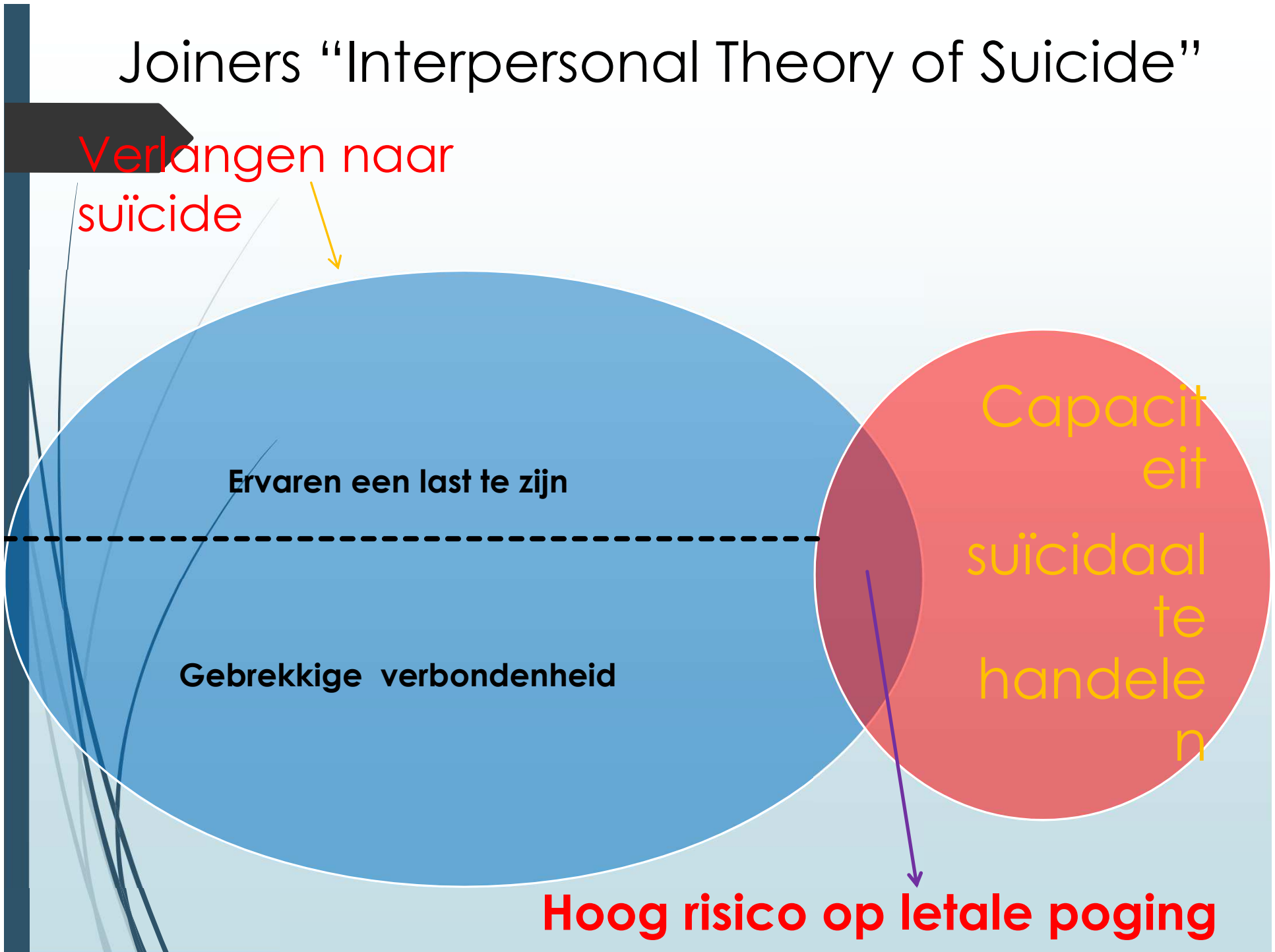
Verlangen naar  
suicide

Ervaren een last te zijn

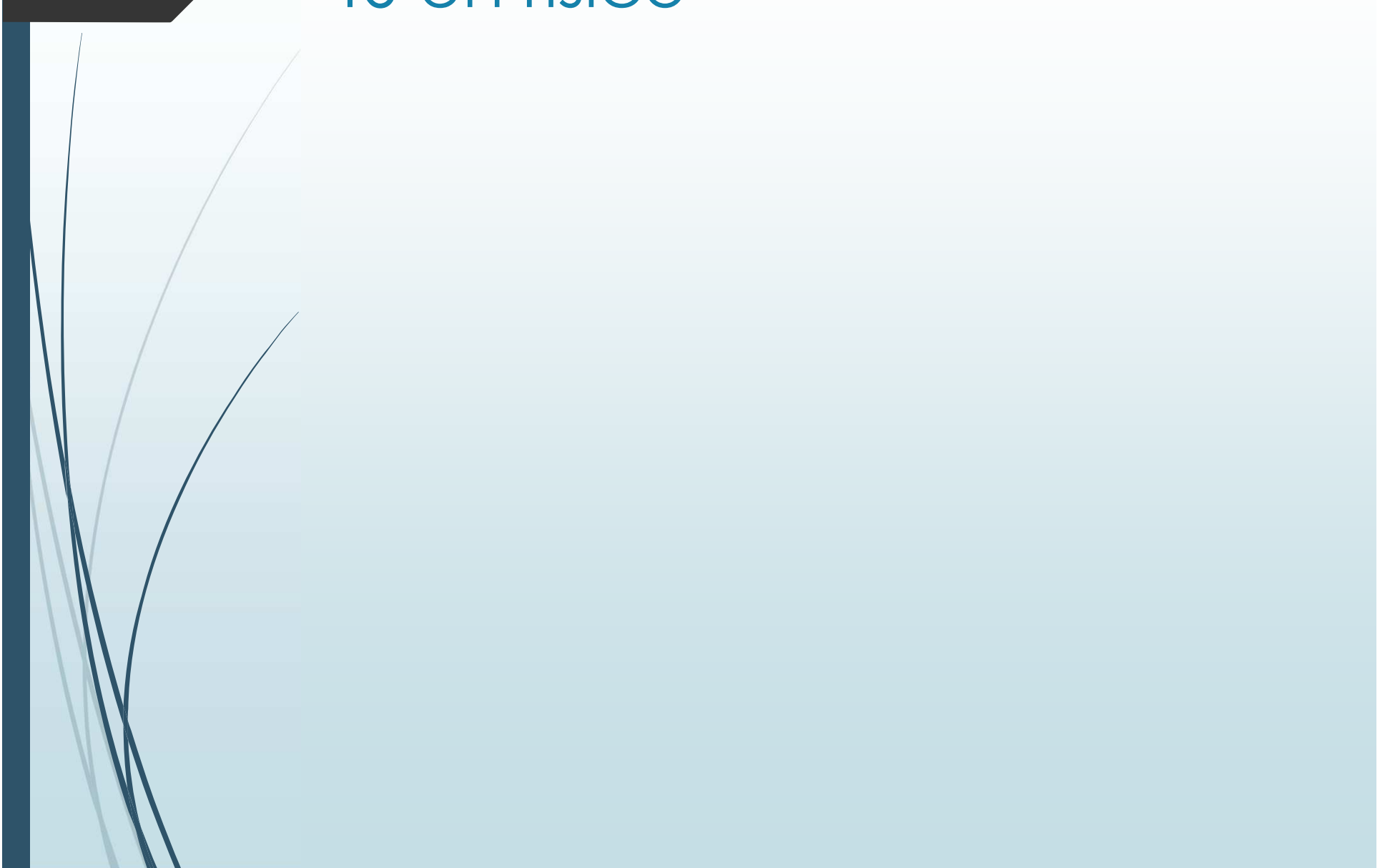
Gebrekkige verbondenheid

Capaciteit  
suicidaal  
te  
handele  
n

Hoog risico op letale poging

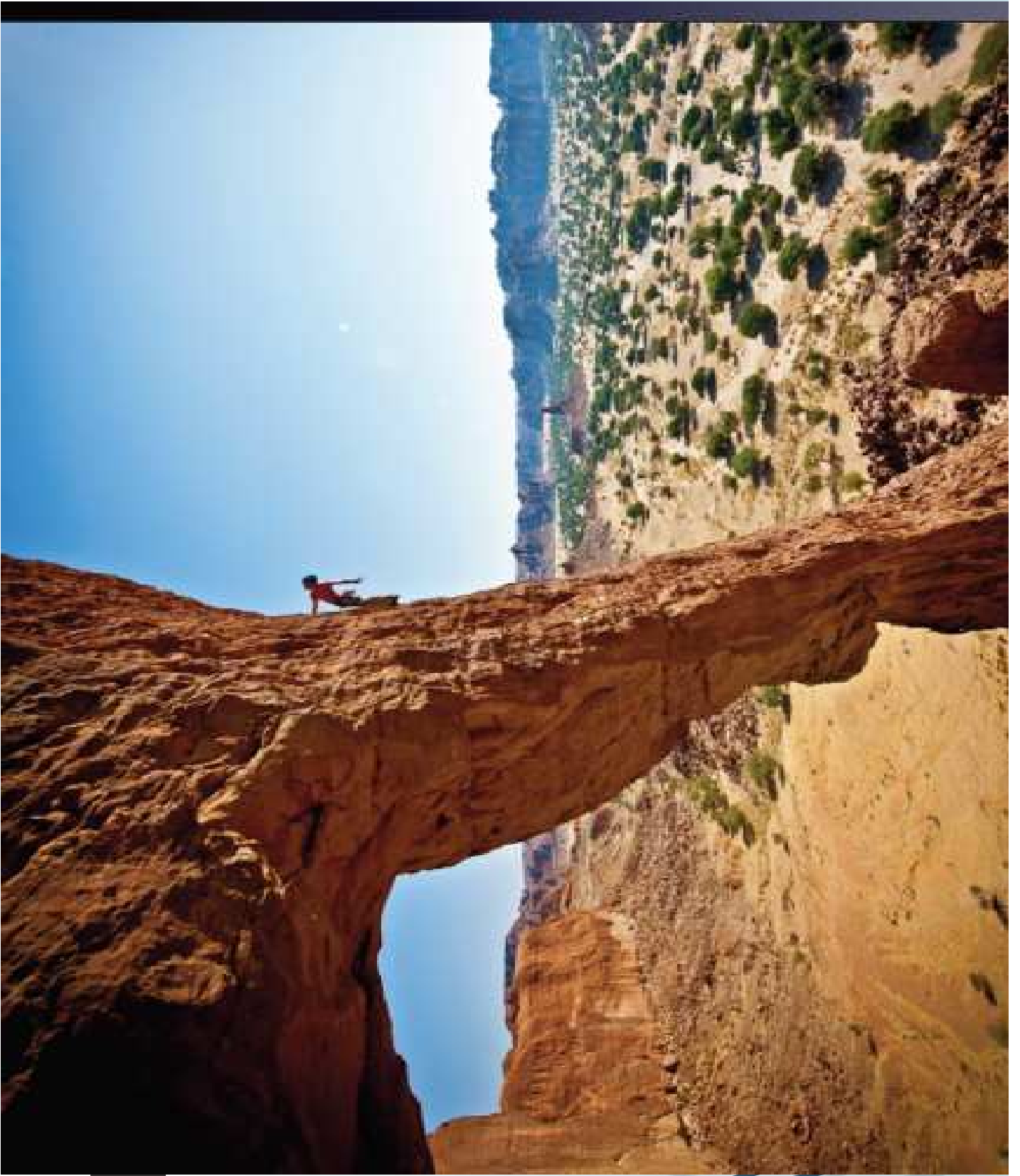


# TS en risico



## ↑↑↑ Verdragen van pijn

- Toename van onbevreesd zijn
- Ontwikkelen van competentie
- Gevaarlijker gedrag









# Gewenning

- ▶ Vermindering angstrespons door herhaling van geweld, verwonding, fysieke en/of psychische pijn, provocatie en/of misbruik
- ▶ Vermindering van vrees voor de dood!

# Pogingen en sterven



# Risico op zelfbeschadiging

- Nog meer pijn
- Nog meer oefening



# De Dood

Vrees

# Opluchting







# De opluchting

- Dood als redding
- Dood als ontsnapping
- Rust!
- Pijn wordt beëindigt
- De beëindiging van het denken
- De lange slaap
- Het zalige niets

# Oefenen in sterven

[https://www.youtube.com/watch?v=M33\\_MHe29Es](https://www.youtube.com/watch?v=M33_MHe29Es)

## Vervolg CAMS

- ▶ Eerste keer 45 - 60 minuten
- ▶ Volgende keren 30- 45 minuten (INTERMEDIAIR)
- ▶ AFRONDING 30-60 MINUTEN

Patiënt: \_\_\_\_\_ Behandelaar: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Tijd: \_\_\_\_\_

**Sectie A (Patiënt):**

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

Positie	1) <b>INSGHATTEN PSYCHISCHE PIJN</b> (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)	Lage pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn
_____	Het meest pijnlijke vind ik: _____	
_____	2) <b>MATE VAN STRESS</b> (algemeen gevoel, druk en/of mate van overweldding)	Lage stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress
_____	Het meest stressvolle vind ik: _____	
_____	3) <b>MATE VAN AGITATIE/ONRUST</b> (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)	Lage agitatie: 1 2 3 4 5 : Hoge agitatie
_____	Ik moet vooral actie ondernemen als _____	
_____	4) <b>MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP</b> (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet)	Lage hooploosheid: 1 2 3 4 5 : Hoge hooploosheid
_____	Het meest wanhopige ben ik door: _____	
_____	5) <b>MATE VAN ZELFAFKEER</b> (uw algemeen gevoel, niet van u zelf houden, lang gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):	Lage zelfhaat: 1 2 3 4 5 : Hoge zelfhaat
_____	De meeste afkeer ervaar ik zelf door: _____	
N/A	6) <b>ALGHELE RISICO OP SUICIDE.</b>	Zeër laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeër hoog risico (zichzelf niet suïcideren)

- 1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig  
 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangriñheid van 1-5?

positie	REDEKEN OM TE LEVEN	positie	REDEKENEN OM TE STERVEN

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel  
 Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

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

suïcide als optie

Beschrijf activerende maar ook beschermende factoren om naar het volgende niveau te gaan (de redenen tot actie en remming)

directe drijfveren  
 suïcidale gedachten en de dynamische functie daarvan (de redenen waarom de patiënt het wil opgeven)

verbinding tussen indirecte en directe drijfveren (de patiënt begrijpt hoe bepaalde zaken een relatie hebben tot het huidige suïcidale gedrag)

indirecte drijfveren (alle achtergrondfactoren die relevant zijn om het suïcidale gedrag te begrijpen)

# Traditionele aanpak suïcidaal gedrag?

You WILL listen to me!!



Bert den Boer en Djanko

Heeft u nog vragen?



De patiënt als partner

## Wijze en voorwaarde CAMS en **algemeen**

- Luisteren
- **Empathie**
- Niet veroordelend
- Samenwerken
- Verbondenheid



# Empathie bij suïcidaliteit

➤ “Empathisch” luisteren

Echter ook

➤ Confronteren met zelf destructieve karakter van “copingvorm” suïcidaliteit



# Maar wat is het nu precies?



## Vergelijking dubbele diagnostiek!

- ➔ **Raamwerk**
- ➔ **Het som der delen is meer!**

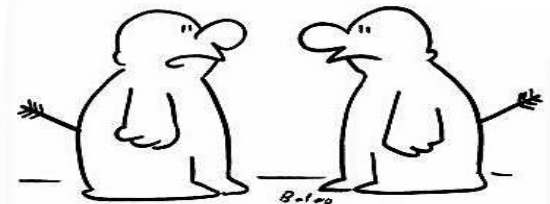
$$1 + 1 = 3$$

# CAMS

- Samen Beoordelen & Omgaan met Suïcidaal gedrag (SBOS)
- Ambulant & klinisch
- Flexibel passende bij meerdere theorieën
- Breed inzetbaar

Empathie en begrip

- Erkennen van lijden!!
- Patiënt moet wel samenwerking kunnen aangaan



"I know exactly how you feel."

# CAMS

- Gelijkwaardigheid patiënt medeauteur
- Patiënt eigenaar dossier
- Suïcidaliteit primaire focus interventie
- Samen
- Inventarisatie
  - Redenen om te sterven
  - redenen om te leven

## methode zit in strakke structuur!

- ➔ Formulieren bepalen richting en structuur

The image displays seven pages from the Suicide Status Form-SSF II-R manual, arranged in a grid. Each page represents a different section of the form, designed for clinical assessment of a patient's suicide risk and treatment needs. The pages include:

- Section 4 (Patient):** Contains demographic information and a series of questions (SS4.1-SS4.10) about the patient's suicidal thoughts, feelings, and behaviors. It includes a risk level scale (Low, Moderate, High) and a table for recording suicidal ideation.
- Section 5 (Treatment):** Details the patient's current and past treatments, including medications, psychotherapy, and hospitalizations. It includes a table for recording treatment history.
- Section 6 (Clinical):** Provides a structured table for recording clinical findings, including problem descriptions, goals and objectives, interventions, and estimated outcomes.
- Section 7 (Prognosis):** Contains a table for recording the patient's prognosis, including risk factors, protective factors, and treatment response.
- Section 8 (Other):** Includes information about the patient's social support, family history, and other relevant clinical information.

Each page features a header with the patient's name, date, and time, and a footer with the copyright notice: "Copyright David A. Jobst, Ph.D. All Rights Reserved."



**Bijlage 1: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt**

Patiënt: \_\_\_\_\_

Behandelaar: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Tijd: \_\_\_\_\_

**Sectie A (Patiënt):**

-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)

Positie

1) <b>INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN</b> (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)	Lage pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn
Het meest pijnlijke vind ik: _____	
2) <b>MATE VAN STRESS</b> (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	Lage stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress
Het meest stressvolle vind ik: _____	
3) <b>MATE VAN AGITATIE/ONRUST</b> (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)	Lage agitatie: 1 2 3 4 5 : Hoge agitatie
Ik moet vooral actie ondernemen als _____	
4) <b>MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP</b> (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet):	Lage hooploosheid: 1 2 3 4 5 : Hoge hooploosheid
Het meest wanhopige ben ik door: _____	
5) <b>MATE VAN ZELFAFKEER</b> (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):	Lage zelfhaat: 1 2 3 4 5 : Hoge zelfhaat
De meeste afkeer ervan ik zelf door: _____	
6) <b>ALGHELE RISICO OP SUICIDE:</b>	Zeer laag risico (zichzelf niet suïcideren) 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (suïcideert zich) 1 2 3 4 5

- 1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? **Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig**  
 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? **Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig**

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven op te schrijven. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1-5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel  
 Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

# Bijlagen (heeft u ze uitgeprint?)

- SSF sectie patiënt en hulpverlener  
bijlage I (C-SSF-IV-R)
  - SSF sectie A patiënt
  - SSF sectie B/C behandelaar en patiënt
- SSF CAMS stabilisatieplan
- Sectie D ost sessie evaluatieplan

# Hoe gaat de CAMS?

- Suïcidaal gedrag richtlijn > CASE (besproken)
- Samenwerking moet mogelijk zijn
- Overeenstemming
- Voorbereiding voor eigen dossier
- Formulieren worden meegegeven
- foto van formulieren?
  - (uploaden in EPD)
  - Eventueel met patiënt anonimiseren



# Samenwerken & overeenstemming

- Complimenteren dat iemand hulp zoekt
- Sterven kan altijd nog.... Maar geef het een kans
- Afspraak, zich minimaal 3 maanden a.d. behandeling te verbinden (of eerder als het goed gaat)
  - Op hoogte brengen van draagbaar risico
  - Redelijke en wederzijdse verwachtingen
  - Empathie communicatie over suïcidaliteit maar ook parkeren
  - Behandeling in breder perspectief bespreken (20-50%?)
  - Tijdafspraken

10-12 sessies/3 maanden

## ➤ 5 componenten

- I) Samenwerking in bepaling van het risico
  
- II) Samen behandeling plannen
  - Behandelbereidheid voor 3 maanden
  - Verminderen toegang tot methoden
  - Ontwikkelen copings strategieën (onderdeel crisisplan)
  - Ondersteuning van naasten organiseren

# Behandel componenten

- III) Samen **wegnemen directe drijfveren (inzicht indirecte)**
  - Inzicht **relationele** problemen
  - Inventariseren **beroepsgebonden** problemen
  - **Zelf gerelateerde** zaken (zelf vertrouwen/zelfbeeld)
  - **Pijn en lijden** inventariseren
- IV) probleem georiënteerde interventies
- V) Redenen om te leven/sterven inventariseren/ontwikkelen
  - Plannen ontwikkelen, doelen hoop creëren
  - Overtuigingen bijstellen
  - Hoop kit



## CAMS in dagelijkse praktijk

- Beoordeling obv richtlijn
  - CASE
  - Structuurdiagnose
  
- Formulieren CAMS
  
- Verder behandelen bijkomende stoornis
  - 20 - 50%
  - “As usual” richtlijn?



# Inventariseren lijden

- Reden om door te gaan op suïcidale gedrag?
- Juist andere aanpak kiezen
  - Loslaten thema suïcidaal gedrag
  - Focus op onderliggend lijden

➤ **Discussiepunt**

Bijlage 1: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt

Patiënt: Anka White Behandelaar: Ratcodewinkel Datum: 24/9/21 Tijd: 9:30  
 Sectie A (Patiënt): Anka samen met Benno ingevuld

-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)

Positie	1) INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)
<u>2</u>	Het meest pijnlijke vind ik: <u>De zware onderliggende kwelling</u> Lage pijn: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel pijn
<u>4</u>	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overveldiging) Lage stress: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel stress
<u>3</u>	Het meest stressvolle vind ik: <u>Dat ik megens iets goed doe</u> 3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis) Lage agitatie: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge agitatie
	Ik moet vooral actie ondernemen als <u>Ik me zo wanhopig voel</u>
<u>1</u>	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet): Lage hopeloosheid: 1 2 3 4 <u>5</u> : Hoge hopeloosheid
	Het meest wanhopige ben ik door: <u>Alles bereikt of men wil van me af, werk</u>
<u>5</u>	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): Lage zelfhaat: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge zelfhaat
N/A	De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <u>Dat ik neigens toe doe</u> 6) ALGEGHELE RISICO OP SUICIDE: Zeer laag risico: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Zeer hoog risico (suicideert zich)

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig  
 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
1	<u>kinderen, zus</u>	1	<u>Ik wil rust</u>
3	<u>Doe anders verbrist</u>	5	<u>Niet verder afgeiden</u>
5	<u>Nieuwe James Bond</u>	4	<u>Ben anderen tot last te ramp</u>
2	<u>zijn hand</u>	2	<u>Makt stoppen</u>
4	<u>Kont missen goed</u>	3	<u>Zo hoe lidwskopt</u>
Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 <u>5</u> 6 7 8 : Erg veel			
Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 <u>7</u> 8 : Erg veel			

# CAMS

- C-SSF-4 Sectie A
- kernelementen
  - “Psychische pijn
  - Stress
  - Onrust
  - Hopeloosheid/wanhoop
  - Zelfafkeer

# Psychische pijn

- Psychache (Schneidmann) psychische pijn van de “mind”
- kwelling
- (Hurt, anguish, soreness, aching)
  
- Basis ingrediënt voor suicide
  
- *Zelf*
- *Relationeel*
- *Rol verantwoordelijkheden*
- *Algemeen*
- *Controle verlies*
- *Onplezierige interne staat*
- *Niet in staat om uit te drukken*

# Stress

► “Druk” (Schneidmann’s = press)

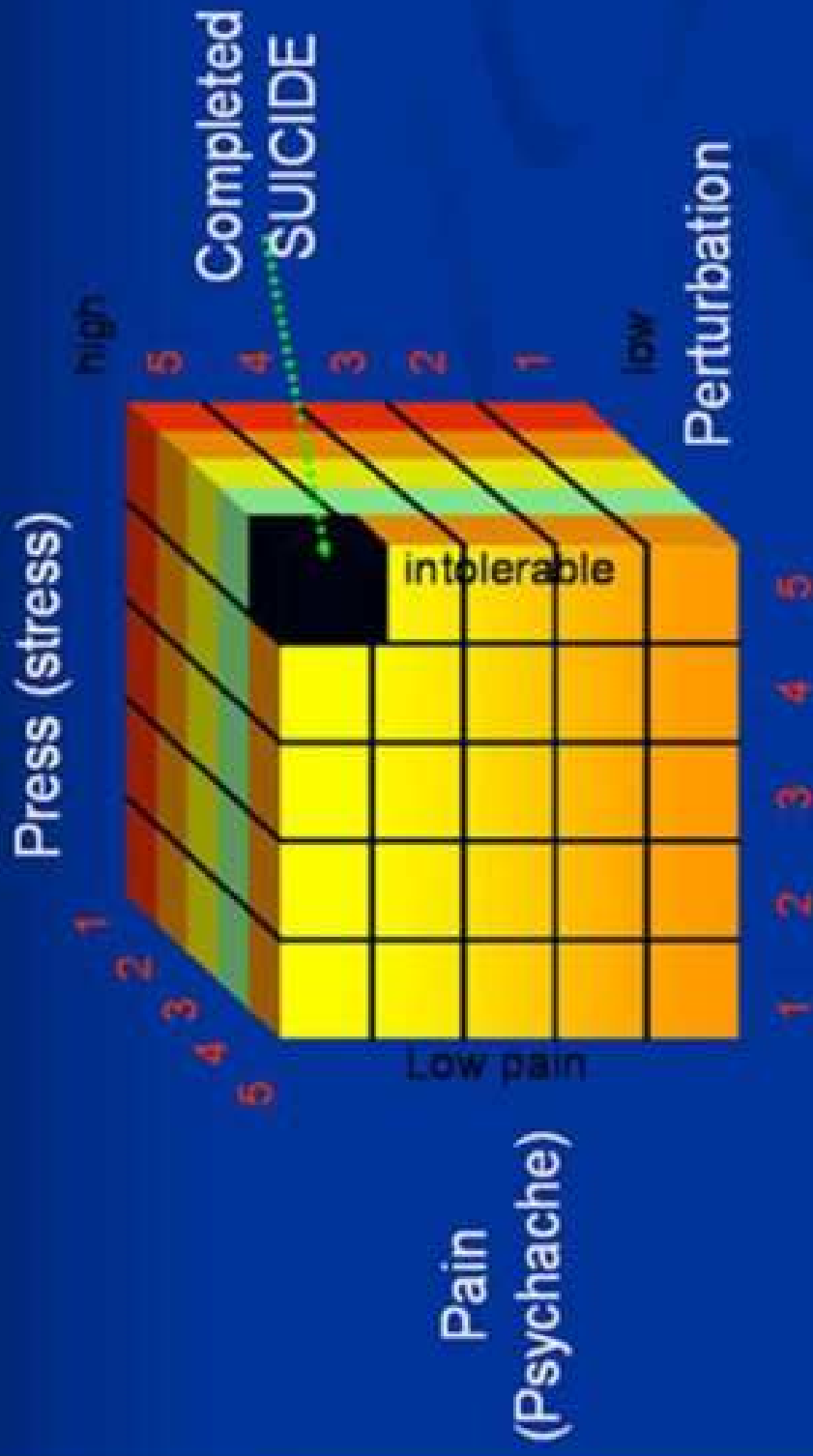
► Niet “eustress” maar distress

- *Relationeel*
- *Zelf*
- *Rol verantwoordelijkheden*
- *Onplezierige interne staat*
- *Algemeen*
- *Situatie specifiek*
- *Controle verlies*
- *Niet in staat om uit te drukken*

# Agitatie/Onrust (verstoring)

- ▶ Afgeleid van Schneidmann's **perturbation**
- ▶ *Reductie eigen waarneming cognitie*
- ▶ *Impulsiviteit om snel tot een oplossing te komen*
- ▶ *Emotionele urgentie om actie te ondernemen geen agitatie*
- ▶ *Gedwongen om te handelen*
- ▶ *Algemeen*
- ▶ *Controle verlies*
- ▶ *Niet in staat om uit te drukken*
- ▶ *Situatie specifiek*
- ▶ *Onplezierige interne staat*
- ▶ *Zelf*
- ▶ *Relationeel*
- ▶ *Bel verantwoordelijkheden*

# Shneidman's Cubic Model of Suicide



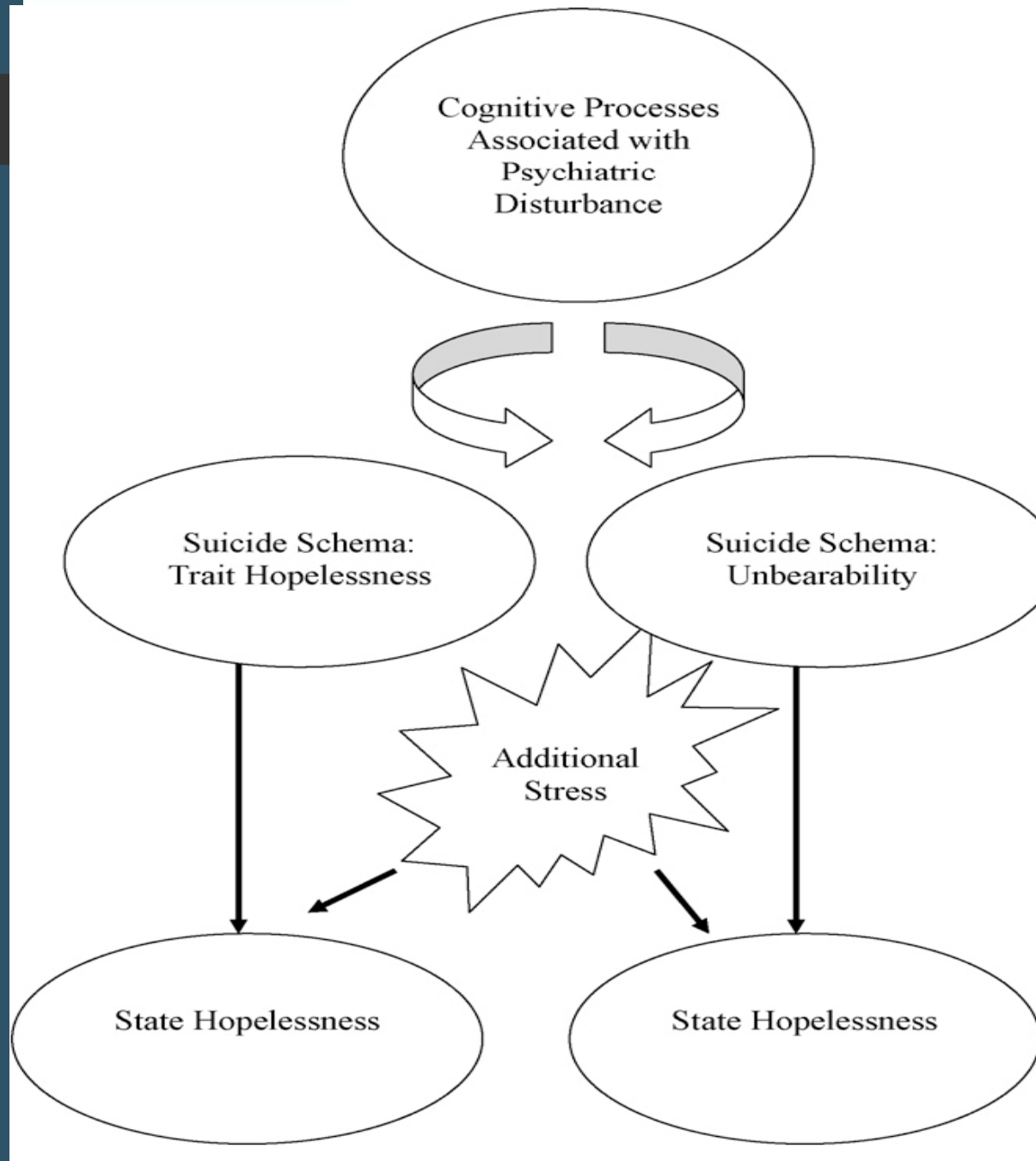
(Shneidman, 1987)



# Hopeloosheid/wanhoop

- Afgeleid van Beck hopeloosheids schaal
- *Belangrijke component voor suicide risico*
- *Weggeslagen toekomst*
  
- *Algemeen*
- *Toekomst*
- *Relationeel*
- *Rol verantwoordelijkheden*
- *Zelf*
- *Onplezierige interne staat*
- *Niet in staat om uit te drukken*

# Beck's CT



# Zelfafkeer

- ▶ afgeleid van Baumeister 1990 (self-hate)
- ▶ *Negatief affect voorkomend vanuit dysfunctionele zelfbewustwording*
- ▶ *Vluchten*
- ▶ *↓↓ Persoonlijke verwachting/standaard*
  - ▶ *Niet voldoen*

- ▶ *Controle verlies*
- ▶ *Zelfkritiek (interne standaard)*
- ▶ *Externe kritiek verwachting (visie op externe standaard)*
- ▶ *Relationeel*
- ▶ *Rol verantwoordelijkheden*
- ▶ *Niet in staat om uit te drukken*
- ▶ *Onplezierige interne staat*

# CAMS Verder Sectie A

- ▶ C-SSF-4)
  - ▶ Vermelden of suïcidaliteit gerelateerd is
    - ▶ Aan jezelf? (Intrapsychisch, langere duur)
    - ▶ Of anderen? (Interpsychisch)
  - ▶ Redenen om te: (internal struggle hypothesis)
    - ▶ leven
    - ▶ Sterven
  - ▶ Mate/omvang van leven/sterven

# SSF IV-R eerste sessie

- ▶ Sectie B behandelaar

# SSF IV-R eerste sessie

- ▶ Sectie c
- ▶ **Behandelplan**
- ▶ Altijd is probleem 1 opgenomen
- ▶ Bijkomende problemen

## SSF IV-R eerste sessie

- **Stabilisatieplan**
  - **Positieve afleidingacties!**
  
- **Voorbeelden** (wandelen, aan reis denken, klusjes doen, hobby doen, schrijven, tekenen, spelletje spelen, warm bad, nagels doen, cake bakken, TV, muziek, instrument bespelen, helpende vriend appen/mailen, bidden, mediteren, met huisdier spelen, etc)



# Post sessie evaluatieplan

(Over meerdere sessies?)

- Amerikaanse zorgverzekering (Health Insurance Portability & Accountability Act)
- Psychiatrische status verwijzen naar EPD

➤ **Algehele risico invullen en beredeneren**

➤ **Volgende afspraak**

# Altijd de CAMS?

- Inclusie iedere vorm van suïcidaal gedrag?
- Ook bij psychose en zeer acuut?
- Randvoorwaarden:
  - in contact kunnen komen
  - Samenwerking kunnen aangaan
  - Risico aanvaardbaar



## Primair depressief

- *Depressie*
  - *Stressgevoeligheid ↑↑*
- (Langerdurend?)

**GGZ/** "Samenleving"

## Verstoorde waarneming

- *Psychotisch(e) (depressie)*
  - *Wegvallen realiteitszin*
- (kortdurend?)

**GGZ/** "samenleving"

Ruminering

## Psychosociale "draaikolk"

- *Ernstige verlieservaring*
- *Depressieve gedachten*
- (kortdurend?)

## Communicatie

- *Conditionering*
- *Psychologische pijn*
- Extraplement hulpverleners

**"Samenleving" /** GGZ

**Samenleving/** GGZ ↔ Samenleving/ GGZ

# Lunch 12.30-13.30



# Formulieren bij **Aanvang** totaal 4(5) formulieren

- ▶ **Suicide status formulier (SSF) patiënt/behandelaar**
  - 2 formulieren
  
- ▶ **Behandelplan 1<sup>e</sup> sessie**
  
- ▶ **Stabilisatieplan**
  
- ▶ *SSF Evaluatieformulier na 1<sup>e</sup> behandeling*



## Straks oefenen??



# Rolspel 1

Kang → dr. Meier

**Stap 1: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt**

Patiënt: Aniba Winilo Behandelaar: Renscode Winilo Datum: 24/10/2018 Tuss 9 30

**Section A (Patiënt)** Aniba samen met Renscode ingevuld

Oplicht het onderzoek hier te doen en niet te laten, omdat het cijfer dat hier het best bij past. Het cijfer van de eerste vijf onderwerpen de meest van belangrijke aan (1-het meest belangrijk, 5-het minst belangrijk)

**1) INSCHAKTEN PSYCHISCHE PAIN (pijn, angst in een breed, geen stress, en geen lichamelijke pijn)**  
 Lage pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn  
 2 Het meest positief vind ik: De zware onderliggende zwelling

**2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overbelasting)**  
 Lage stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress  
 4 Het meest stressvolle vind ik: Dat ik nergens iets mag doen

**3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotioneel onrust, gevoel van actie, niet in balans)**  
 Lage agitatie: 1 2 3 4 5 : Hoge agitatie  
 3 Ik moet vooral actie ondernemen als ik: in een situatie ben

**4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WAARLOOFS (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat is ook alweer)**  
 Lage hoopeloosheid: 1 2 3 4 5 : Hoge hoopeloosheid  
 1 Het meest wanhopige ben ik door: Alles behalve dat men wil van me af wem

**5) MATE VAN ZELFPAKKEER (om algemene gevoel, niet van u zelf) (waarde, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect)**  
 Lage zelfhaat: 1 2 3 4 5 : Hoge zelfhaat  
 5 De meeste afkeer ervaar ik zelf door: Dat ik nergens los draag

**6) ALGEMEEN RISICO OP SUICIDE (hoeveel risico op zelfmoord)**  
 Zeer laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (suicideert zich)

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan u zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig  
 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opnoemen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1-5?

aanpak	REDENEN OM TE LEVEN	aanpak	REDENEN OM TE STERVEN
1	hondsdans, zos	1	Ik wil rust
3	Doe anders verkieft	5	Niet verder afgeleiden
5	Nieuwste James Bond	4	Ban andere met lasten
2	zijn hand	2	Mak stoppen
4	Kont masseren goed	3	Zo hoe lijdensloopt

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel  
 Ik wil STERVEN in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

CAMS RINNO Status Formulier (C-SSF-IV-R) Copyright David A. Jobson, vertaling Renscode Winilo & Mieke de Groot, All Rights Reserved

# Regels voor succesvol oefenen

- Speel niet jezelf of een jonger persoon van jezelf als suïcidaal
- Speel een patiënt die je kent, maak het niet overdreven
- Niet te gemakkelijk maar ook niet te moeilijk
- Werk samen met invullen van de SSF
- Ga niet verder dan nodig
- **Nogmaals speel niet jezelf**





## Oefenen invullen tweetallen sectie A

- Onderzoeker (persoon 1)
  - Client (persoon 2)
  - Samen een gezamenlijke casus verzinnen
  - Introductie naar cliënt 5 minuten
  - Vraag naast de cliënt te mogen zitten
  - Client vult SSF in
  - 1 x 15 minuten
- *Laat je niet opjagen!*
- *niet overdreven functioneren*

# Nog een keer formulier (start)

Rug → Dr. Toes

**Bijlage 1: CAMS Suïcidaliteit Status Formulier (C-SSF-IV-R) – versie voor de patiënt**

Patiënt: Anika White Behandelaar: Remco de Winter Datum: 24/12/21 Tijd: 9:30

**Sectie A (Patiënt):** Anika samen met Remco ingevuld

-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)

Positie	1) INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, <u>geen</u> stress en <u>geen</u> lichamelijke pijn)
<u>2</u>	Lage pijn: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel pijn Het meest pijnlijke vind ik: <u>De zeurende onderliggende Kwelling</u>
<u>4</u>	Lage stress: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Veel stress Het meest stressvolle vind ik: <u>Dat ik nergens iets goed doe</u>
<u>3</u>	Lage agitatie: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge agitatie Ik moet vooral actie ondernemen als <u>Ik me zo wanhopig voel</u>
<u>1</u>	Lage hopeloosheid: 1 2 3 4 <u>5</u> : Hoge hopeloosheid Het meest wanhopige ben ik door: <u>Alles breekt af of man wil van me af, werk</u>
<u>5</u>	Lage zelfhaat: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Hoge zelfhaat De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <u>Dat ik nergens toe doe</u>
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: Zeer laag risico: 1 2 3 <u>4</u> 5 : Zeer hoog risico (zichzelf niet suïcideren) (suïcideert zich)

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 4 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
<u>1</u>	<u>kinderen, zus</u>	<u>1</u>	<u>Ik wil rust</u>
<u>3</u>	<u>Doe anders verdriet</u>	<u>5</u>	<u>Niet verder afglijden</u>
<u>5</u>	<u>Nieuwste James Bond</u>	<u>4</u>	<u>Ben anders tot last van</u>
<u>2</u>	<u>Mijn hond</u>	<u>2</u>	<u>Mokt stoppen</u>
<u>4</u>	<u>Konk misschien goed</u>	<u>3</u>	<u>Zo hoe lijdens stopt</u>

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

CAMS Suicide Status Form (SSF-IV-R) Copyright David A. Jobes, vertaling Remco de Winter & Marieke de Groot, All Rights Reserved

# Gezamenlijk bespreken



# Formulieren bij **Aanvang** totaal 5 formulieren

- **Suicide status formulier (SSF) patiënt/behandelaar**
  - 1 formulieren op 1 pagina's (sectie A)
  - 2 formulieren op 1 pagina (sectie B en C= behandelplan 1<sup>e</sup> sessie)
  
- **1 formulier op 1 pagina SSF Stabilisatieplan**
  
- **1 formulier SSF Post sessieformulier na 1<sup>e</sup> behandeling (sectie D) op 1 pagina**
  - *Facultatief eerste deel*
  - *Wel risicoschatting*

# Formulieren **gedurende** behandeling iedere keer formulier

- **Suicide status formulier (SSF) patiënt intermediair**
  - Dus 1 formulier
- **Behandelplan eventueel bijstellen**
- **Stabilisatieplan bekijken en bijstellen**
- *SSF/evaluatieformulier doen indien 1<sup>e</sup> keer niet af gekregen*

## CAMS Suicide Status Formulier (SSF-IV-a) Eerste sessie Session

**Sectie B (Behandelaar):**

J N Suicide ideatie: Beschrijving: \_\_\_\_\_  
 Freqventie \_\_\_\_\_ per dag \_\_\_\_\_ per week \_\_\_\_\_ per maand  
 Duur \_\_\_\_\_ seconden \_\_\_\_\_ minuten \_\_\_\_\_ uren

J N Suicide plan: Wanneer: \_\_\_\_\_  
 Waar: \_\_\_\_\_  
 Hoe: \_\_\_\_\_ Toegang tot middelen J N \_\_\_\_\_  
 Hoe (2): \_\_\_\_\_ Toegang tot middelen J N \_\_\_\_\_  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Voorgeschiedenis suïcidaliteit  
 Een poging  
 Meerdere pogingen

J N Impulsiviteit  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Middelen gebruik  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Belangrijk verlies  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Relatie problemen  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Last voor anderen  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Gezondheidsproblemen  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Slaap problemen  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N financiële/juridische zaken  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

J N Schaamte  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

**Sectie C (Behandelaar):** **Behandelplan (Refererend naar secties A & B)**

Probleem #	Probleem beschrijving	Doelstellingen	Interventies	Duur
1	Zelf beschadigende risico	Veiligheid en stabiliteit	Stabilisatie Plan Voltooid <input type="checkbox"/>	
2				
3				

JA NEE \_\_\_\_\_ Patiënt begrijpt en stemt in met het behandelplan?  
 JA NEE \_\_\_\_\_ Patiënt is in onmiddellijk gevaar door suïcid dreiging (o.a. opname indicatie)?

Handtekening Patiënt \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Handtekening behandelaar \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

# Koffie en zo..





## Oefenen sectie B/C

- Wisselen van rol wel zelfde patient
- Onderzoeker (persoon 2)
- Client (persoon 1)
- Dus de gezamenlijke casus gebruiken
- 25 minuten
  
- *Bij behandelplan wordt eigenlijk eerste stabilisatieplan ingevuld maar nu even punt 2 en 3 invullen en straks stabilisatieplan invullen (dus eigenlijk geen goede volgorde)*



**CAMS Suicide Status Formulier (SSF-IV-4) Eerste sessie Session**

**Sectie B (Behandelaar):**

→ *Parco de Winder heeft ingevuld*

J N Suicide ideatie

- o Frequentie
- o Duur

Beschrijving: *Gedachten te willen stoppen*

per dag *7* per week *20* per maand *20*  
per seconden *26* per minuten *20* per uren *20*

J N Suicide plan

Wanneer: *Geestwiel.nl - helien*

Waar: *RGS*

Hoe: *Heeltoppingen*

Hoe (2): *Geel Rijk*

Beschrijving: *Ja behand*

Beschrijving: *Een keer zal over hoofd*

J N Voorgeschiedenis suicidaliteit

Beschrijving: *Zie boven*

Beschrijving: *een keer*

Beschrijving: *russen van 20 x*

J N Impulsiviteit

Beschrijving: *Niets*

J N Middelen gebruik

Beschrijving: *Soms cocaine (heel weinig)*

J N Belangrijk verlies

Beschrijving: *Plan wil van reaf (moeder haakt)*

J N Relatie problemen

Beschrijving: *Ja*

J N Last voor anderen

Beschrijving: *Ja een verspillende reaf*

J N Gezondheidsproblemen

Beschrijving: *Colitis*

J N Slaap problemen

Beschrijving: *Ja*

J N financiële/juridische zaken

Beschrijving: *Veel schulden 50.000 euro*

J N Schaamte

Beschrijving: *Ja veel me schikt*

**Sectie C (Behandelaar):**

**Behandelpunten (Refererend naar secties A & B)**

Probleem #	Probleem beschrijving	Doelstellingen	Interventies	Duur
1	Zelf beschadigende risico	Veiligheid en stabiliteit	Stabilisatie Plan Voltooid <input checked="" type="checkbox"/>	12 weken
2	Relatie	Verbeteren	? Plan benodern nont mee	12 weken
3	Schulden	overzicht krijgen	Schuld hulp verklaring	12 weken

JA NEE

Patiënt begrijpt en stemt in met het behandelplan?

JA NEE

Patiënt is in onmiddellijk gevaar door suïcidedreiging (o.a. opname indicatie)?

Handtekening Patiënt *24/09/21*

Datum

Handtekening behandelaar *24/9/21*

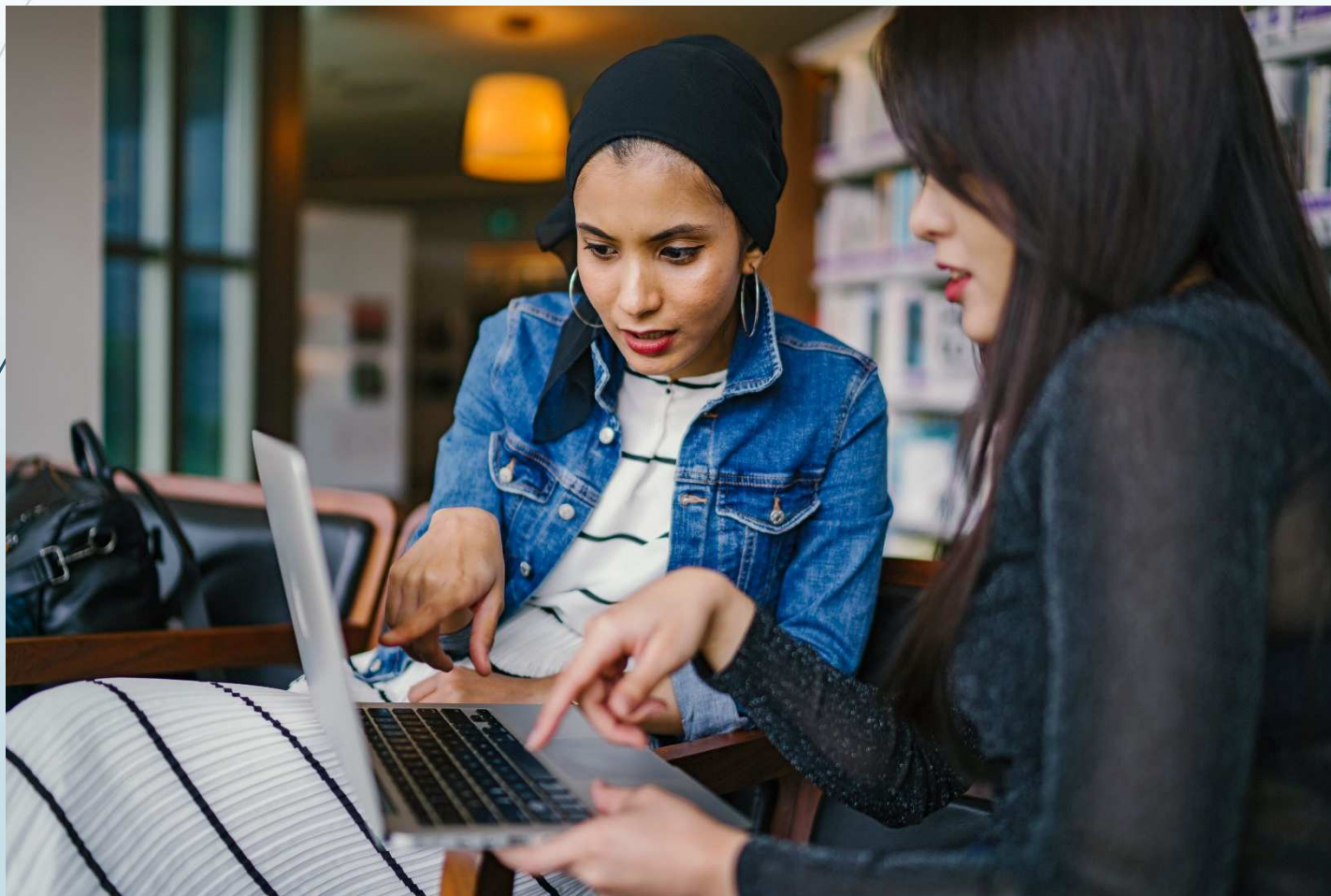
Datum

# Nabespreken sectie B/C





# Oefenen stabilisatieplan



**CAMS Suicide Status Formulier (SSF-IV.6) STABILISATIE PLAN**

Manieren om toegang tot middelen voor suicide te voorkomen:

1. Helion afbrengen (aan zus geven)
2. Het bouw wat in het woongebouw
3. Sin overleg met zus dit samen wegdoen

Acties die ik kan ondernemen om het suicidale gedrag te verminderen:

1. Niet drinken
2. Hand uitklaten
3. Schrijven
4. Met vriendin afspreken (zussen)
5. (Niet zuipen in de kraag!)

6. In noodgevallen zijn de volgende noodnummers van belang: 113

Mensen die ik in geval van nood kan benaderen

1. Zus 06-13026891
2. Renco 06-15003082
3. Aad 06-12036921

Behandelaafspraken nakomen:

Potentiële barrières: Oplossingen die ik kan proberen:

1. Heel slecht werken mee (Zus op de hoofd  
varengw)
- 2.

# Nabespreking stabilisatieplan



# Post evaluatieformulier (plenair)

**Sectie D (Post-Sessie Evaluatie) behandelaar (USA HIPAA):**

**PSYCHIATRISCHE STATUS ANAMNESE (omcirkel het passende item):**

ALERTHEID: ALERT SLAPERIG LETHARGISCH STUPOROUS  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 ORIËNTATIE : PERSOON PLAATS TIJD REDEN VOOR EVALUATIE  
 STEMMING: SOMBER VERHOOGD DYSFOOR GEAGITEERD BOOS  
 AFFECT: VLAK GEREMD VERNAUWD INADEQUAAT LABEL  
 GEDACHTEVORM : HELDER & COHERENT DOELGERICHT TANGENTIEEL "CIRCUMSTANTIAL"  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 INHOUD VD GEDACHTE: GB OBSESSIES WANEN BETREKKINGSGEDACHTEN BIZAR  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 ABSTRACTIE VERMOGEN: GB  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 SPRAAK: GB SNEL LANGZAAM ONDUIDELIJK VERARMED INCOHERENT  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 GEHEUGEN: GROFWEG INTACT  
 ANDERS: \_\_\_\_\_  
 REALITEITS TOESING: GB  
 ANDERS: \_\_\_\_\_

OPVALLENDE GEDRAGS OBSERVATIES: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTISCHE IMPRESSIE/DIAGNOSE (DSM DIAGNOSE):**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ALGEGELE SUICIDE RISICO VOOR DE PATIENT (check en leg uit):**

LAAG                      UITLEG: \_\_\_\_\_  
 GEMIDDELD              \_\_\_\_\_  
 HOOG                        \_\_\_\_\_

**NOTITIES:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Volgende afspraak gepland: \_\_\_\_\_ Behandel voorwaarde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Handtekening behandelaar                      Datum



# Afronding



# CAMS mogelijkheden

- Kinder- en jeugd > 12 jaar
- Ambulant, klinisch, Militairen, Community (?), zelfstandigen, forensische setting
- CAMS regulier 1 x 1-2 weken
- CAMS brief intervention (CAMS BI), alleen eerste sessie.
- CAMS intensive inpatient care (CAMS-IIC) (Menninger)
- Ontwikkeling CAMS groep (CAMS-G)
- Kinder- en jeugd > 12 jaar





- Formulieren op beveiligde omgeving met wachtwoord & online toegang patiënt en behandelaar
- Beeldbellen en CAMS
- Andere digitale mogelijkheden
  
- Heeft u ook nog ideeën?

# Evaluatie en terugblik



# Wie van u?

- ▶ Beseft de mogelijkheden van de methode.....
  - ▶ Is er iets beters?
- ▶ Aan het einde inventariseren!
  - ▶ Wie wil?



# Introductie in Nederland?

- CAMS netwerk?
  - Hoe inbedden?
  - Samenwerking stichting 113 ZP **adoptie als “best practise treatment” in Nederland**
  - EPD cq wetgeving
  - Een Nederlandse CAMS en niet Amerikaans
  - Verzekeraars?
- 
- **Wie doet er mee?**

- III) Samen **wegnemen directe drijfveren (inzicht indirecte)**
  - Inzicht **relationele** problemen
  - Inventariseren **beroepsgebonden** problemen
  - **Zelf gerelateerde** zaken (zelf vertrouwen/zelfbeeld)
  - **Pijn en lijden** inventariseren
- IV) probleem georiënteerde interventies
- V) Redenen om te leven/sterven inventariseren/ontwikkelen
  - Plannen ontwikkelen, doelen hoop creëren
  - Overtuigingen bijstellen
  - Hoop kit





# Huiswerk voor volgende bijeenkomst

- Een patiënt vinden
- Of oefenen met een collega.....
  
- Invullen SSF sectie A, B, C en stabilisatieplan en postevaluatieplan (iig diagnostische impressie en algehele suïcide risico)
- Behandeling drijfveren
  
- Geanonimiseerde lijsten meenemen voor volgende keer
- Bij vragen opsturen naar mij [r.dewinter@rivierduinen.nl](mailto:r.dewinter@rivierduinen.nl)  
(anonimiseren! Niets mag herleidbaar zijn)
  
- Vragen voor de volgende keer bedenken!
  
- Volgende keer ook differentiatie suïcidaliteit uitleggen?

# Lijsten uitprinten zie

➔ <https://suicidaliteit.nl/2021/CAMS2021/SSF2021.pdf>

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

**suïcide als optie**



**Beschrijf activerende maar ook beschermende factoren om naar het volgende niveau te gaan**

(de redenen tot actie en remming)



**directe drijfveren**

**suïcidale gedachten en de dynamische functie daarvan**

(de redenen waarom de patiënt het wil opgeven)



**verbinding tussen indirecte en directe drijfveren**

(de patiënt begrijpt hoe bepaalde zaken een relatie hebben tot het huidige suïcidale gedrag)



**indirecte drijfveren**

(alle achtergrondfactoren die relevant zijn om het suïcidale gedrag te begrijpen)

# Afronding





*Dank aan: Heel veel mensen maar ihb David Jobes, Marieke de Groot, Kate Aamund, Eoin Calavan, Nienke Kool, RINO Amsterdam, Parnassia, GGZ Rivierduinen en Riet Lochy*

- [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl) of
- [r.dewinter@rivierduinen.nl](mailto:r.dewinter@rivierduinen.nl)
- 
- **Nalezen:**
- [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)







# Vervolg CAMS 2021

[WWW.SUICIDALITEIT.NL](http://WWW.SUICIDALITEIT.NL)

*Remco de Winter, Jo-Ann Ruimveld*

*Special thanks for material: Eoin Galavan & David Jobes*

**RINO** • amsterdam



**Rivierduinen**

*Pro Persona*  
geestelijke gezondheidszorg



**Parnassia Groep**

**VU** UNIVERSITY

# Hoe zit u er bij?

- ▶ Hoe gaat het met u?
- ▶ Vragen die er zijn naar aanleiding van de vorige keer
- ▶ Hoe is het gegaan
- ▶ Waar bent u tegen aan gelopen
- ▶ Hoe reageerde uw instelling op terugkoppeling over CAMS?



# Programma

- ▶ Doornemen lijsten met wederzijds bevragen
- ▶ Behandelcomponenten
- ▶ Oefenen naar aanleiding van feedback
- ▶ CAMS intermediaire sessies (plenair)
- ▶ Afronding CAMS (plenair)
- ▶ Na afronding CAMS en besloemeringen
- ▶ Onderverdeling van suïcidaliteit
- ▶ Hoe nu verder?

# Doornemen Ingevulde SSF, Stabilisatieplan, post evaluatie

The image displays five filled-out versions of the Suicide Status Form-H-R (SSF-H-R), a clinical tool used for assessing suicide risk and planning treatment. The forms are arranged in a grid-like fashion, with some overlapping. Each form is divided into several sections:

- Section A (Patient):** Contains information about the patient's suicidal thoughts and behaviors, including frequency, intensity, and duration. It includes a table for recording suicidal thoughts and feelings over time.
- Section B (Clinician):** Provides a detailed clinical history and assessment of the patient's suicidal ideation and behavior. It includes a table for recording suicidal thoughts and feelings over time.
- Section C (Clinician):** Focuses on the treatment plan, including the goals and objectives of treatment, the type and frequency of interventions, and the estimated number of sessions.
- Section D (Clinician):** Contains information about the patient's current status, including the date of the last suicidal thought or behavior, and the date of the last suicidal attempt.
- Section E (Clinician):** Provides a summary of the patient's current status, including the date of the last suicidal thought or behavior, and the date of the last suicidal attempt.

Each form is signed by the patient and the clinician, and includes a date and time stamp. The forms are filled out with handwritten text, providing a comprehensive overview of the patient's suicidal risk and treatment plan.



# Behandel componenten

- III) Samen **wegnemen directe drijfveren (inzicht indirecte)**
  - Inzicht **relationele** problemen
  - Inventariseren **beroepsgebonden** problemen
  - **Zelf gerelateerde** zaken (zelf vertrouwen/zelfbeeld)
  - **Pijn en lijden** inventariseren
- IV) probleem georiënteerde interventies
- V) Redenen om te leven/sterven inventariseren/ontwikkelen
  - Plannen ontwikkelen, doelen hoop creëren
  - Overtuigingen bijstellen
  - Hoop kit



# Koffie en zo..



# Naar aanleiding van feedback SSF doornemen

- Oefenen



# Vervolg CAMS intermediair

- Intermediaire sessies 3 maanden (1-2 weken 6 -12 keer)
- CAMS in tussentijd
  - Sectie A patiënt opnieuw invullen
    - Extra vragen over suïcidaliteit
    - **Niet meer** vragen over suïcidaliteit zelf of aan **anderen** gerelateerd
    - **Niet meer** redenen om te leven/te sterven wel bekijken
  - Behandelplan nakijken en overnemen en eventueel aanvullen
  - Eventueel postsessie formulier invullen



**CAMS Suicide Status Formulier (SSF-IV-R) Intermediaire sessie**

Patiënt: Antwahaile Behandelaar: Rocodelmur Datum: 21/01/21 Tijd: 14:00

**Section A (Patient)**

Omschrijf per onderwerp hoe u zich nu voelt, omschrijf het offer dat hier het beste bij past.

- 1) INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)  
Lage pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn
- 2) MATE STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overbelasting)  
Lage stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress
- 3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, niet-irritatie/geruis)  
Lage agitatie: 1 2 3 4 5 : Hoge agitatie
- 4) MATE VAN HOPELOOSHEID-WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet)  
Lage hoopeloosheid: 1 2 3 4 5 : Hoge hoopeloosheid
- 5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van u zelf, sondern, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect)  
Lage zelfhaat: 1 2 3 4 5 : Hoge zelfhaat
- 6) ALGEGELE RISICO OP SUICIDE  
Zeer laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (zichzelf niet suïcidieren)

Afgelopen periode: Suïcidale gedachten/gevoelens  Om kunnen gaan met gedachten/gevoelens  Suïcidaal gedrag

**Section B (Behandelaar)**

Is er invloed op suïcidaliteit, is het gebleef risico op suïcidaliteit <3; gedurende laatste week: geen suïcidaal gedrag en effectief omgaan met gedachten en gevoelens?  1e sessie  2e sessie

\*\*voltooi SSF afkomst Formulier gedurende 3<sup>e</sup> keer dat er effect is!\*\*

**BEHANDEL PLAN UPDATE**

Status patiënt:  Discontinueert behandeling  No show  geannuleerd  opgenomen  naar elders verwezen: Naasthuiszorg

Probleem m #	Probleem Beschrijving	Doelstellingen	Interventies	Duur
1	Zelf beschadigende potentie Relatieve stress	Veiligheid en stabiliteit	Stabilisatie Plan Voltooid <input checked="" type="checkbox"/>	Reukon
2	Schuldew	hoop op vooruitzicht	man heeft maar ook goed gesprek naasten groep schuld hulp verlenen	4 weken nu

Handtekening patiënt: \_\_\_\_\_ Datum: 21/01 Handtekening behandelaar: \_\_\_\_\_ Datum: 21/01

**Section C (Post-Sessie Evaluatie) behandelaar:**

PSYCHIATRISCHE STATUS ANAMNESE (omschrijf het plaserende item):

- ALERTHEID:  NIET  SLAPTEG  LETHARGISCH  STUPOROUS
- ORIENTATIE:  PERSON  PLAATS  TIJD  REZEN VOOR EVALUATIE
- STEMMING:  GOEDER  VERHOOD  DYSPHOOR  GEAGITEERD HOOG
- AFFECT:  LUK-VERMOED  VERMAMWD  INADUQUAAT  LABEL
- GEDACHTEVORM:  KLIEBER & COHERENT  DOELGERICHT  TANGENTIEEL "CIRCUMSTANTIAAL"
- ANDERS: \_\_\_\_\_
- INHOUD YO GEDACHTE:  OBSESSIES WANEN  BETREKKINGSGEDACHTEN  BIZAR
- ANDERS: \_\_\_\_\_
- ABSTRACTIE VERMOEGEN:  NIET
- ANDERS: \_\_\_\_\_
- SPRAAK:  SNEL LANGZAAM  ONDUIDELIJK  VERARM  INCOHERENT
- ANDERS: \_\_\_\_\_
- GERUCIEN:  GEWELONTAGT
- ANDERS: \_\_\_\_\_
- REALITEITS TOESING:  NIET
- ANDERS: \_\_\_\_\_

OPVALLENDE GEDRAGS OBSERVATIES: Soms erg zenuwachtig

DIAGNOSTISCHE IMPRESSIE/DIAGNOSE (DSM/DIAGNOSE):

Depressieve stoornis met psychosociale stress

ALGEGELE SUICIDE RISICO VOOR DE PATIENT (check en leg uit):

- LAAG  
 GEMIDDELD  
 HOOG

Verklaring:

man afspraken maken en wil behandeling

NOTITIES:

Patiënt gesprek geweest veel stress. Dat naar plaat naar naasten groep nu heeft goed. Samenwerking in actie. Goede afspraken met volgende afspraak gepland: 15/01/21 Behandeld voorwaarden: zo doorgaan

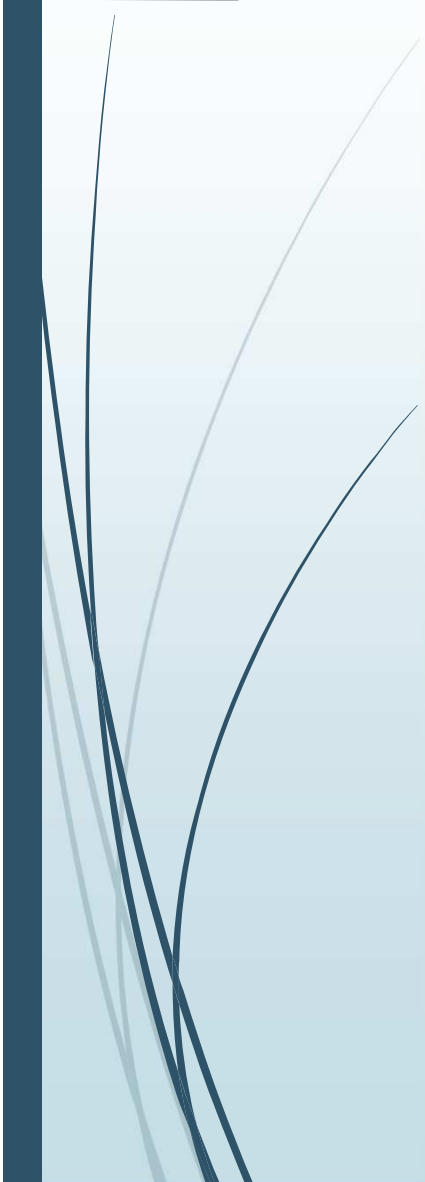
Handtekening behandelaar \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Dit is heel anders!

# Afronding CAMS

- ▶ Voltooien als 3<sup>e</sup> keer (2 x eerder) naar voren komt
  - ▶ Risico op suïcide is  $<3$  (dus  $\leq 2$ )
  - ▶ 2 keer daarvoor en nu geen duidelijke suïcidaliteit meer is en effectief om gegaan met gedachten en gevoelens
  
- ▶ *Voorbeeld sessie 1,2 3,  $> 3$  suïcide risico, sessie 4  $\leq 2$  suïcide risico, sessie 5 weer boven  $> 3$  suïcide risico. Sessie 6 en 7 weer  $\leq 2$  suïcide risico en nu weer bij sessie 8 ook  $\leq 2$  suïcide risico. Nu rond u af met de CAMS uitkomst lijst laatste sessie*

# CAMS uitkomst lijst laatste sessie





**CAMS Suicide Status Formulier (SSF-IV-R) Uitkomst laatste sessie**

Patiënt: Anita Behandelaar: Renee Datum: 05/03/2019 19:30

**Section A (Patiënt):**

Omschrijf per onderdeel hoe u zich zag voelt; omvat het cijfer dat hier het best bij past.

- 1) **INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN** (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn)  
Lage pijn: 1  2 3 4 5 : Veel pijn
- 2) **MATE STRESS** (algemene gevoel, druk en/of mate van oververveling)  
Lage stress: 1  2 3 4 5 : Veel stress
- 3) **MATE VAN AGITATIE/ONRUST** (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)  
Lage agitatie: 1  2 3 4 5 : Hoge agitatie
- 4) **MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP** (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet):  
Lage hoopeloosheid: 1  2 3 4 5 : Hoge hoopeloosheid
- 5) **MATE VAN ZELFOPKEER** (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):  
Lage zelfhaat: 1  2 3 4 5 : Hoge zelfhaat
- 6) **ALGEMENE RISICO OP SUICIDE:**  
Zeer laag risico: 1  2 3 4 5 : Zeer hoog risico (zichzelf niet suïcidieren)

**Afgelopen periode:** Suïcidale gedachten/gevoelen  Om kunnen gaan met gedachten/gevoelen  Suïcidaal gedrag

Waren er specifieke aspecten bij de behandeling die je bijzonder goed hielpen? Zo ja welke? (wees zo precies mogelijk in de beschrijving).

de anti depressiva. Gespreken met mijn man  
voorlichting op suïcidale risico. Samen met werk  
snel aan de val trillen en vooral stress niet  
te hoog laten ophopen

**Section B (Clinician):**

Derde bijeenkomst indien hersteld van suïcidaliteit:  Ja  Nee (nee, continueer CAMS)  
 \*\* Vermindering van suïcidaliteit, indien voor de derde achtereenvolgende week het huidige algemeen risico op suïcide <3 over de afgelopen week en er geen belemmerende gedachte meer zijn rondom suïcidaliteit.

**Uitkomst** (Vink aan wat van toepassing is):

- Continueren poliklinische behandeling  klinische opname
- Wederzijdse beëindiging behandeling  Patiënt kiest eenzijdig voor beëindiging)
- verwijzing naar
- Anders, beschrijving

Volgende bijeenkomst gepland: Niet meer van bij haar hoor  
de zomer van Dr. Huntjes



Secie C klinische uitkomst evaluatie

PSYCHIATRISCHE STATUS ANAMNESE (omcirkel het passende item):

- ALERTHEID:  ALERT  SLAPERIG  LETHARGISCH  STUPOROUS  
ANDERS: \_\_\_\_\_
- ORIENTATIE: PERSOON PLAATS TUD REDEN VOOR EVALUATIE  
STEMMING: — SOMBER VERHOOD DYSPHOOR GEAGITERD BOOS *geen*  
AFFECT: VLAK GERIJD VERNAUWD INADEQUAAT LABEL *geen*  
GEDACHTEVORM:  HELDER & COHERENT  DOELGERICHT  TANGENTIEEL "CIRCUMSTANTIAL"  
ANDERS: \_\_\_\_\_
- INHOUD VD GEDACHTE:  OBSESSIES WANEN BETREKKINGSGEDACHTEN BIZAR  
ANDERS: \_\_\_\_\_
- ABSTRACTIE VERMOEEN:    
ANDERS: \_\_\_\_\_
- SPRAAK:  SNEL LANGZAAM ONDUIDELIJK VERARMD INCOHERENT  
ANDERS: \_\_\_\_\_
- GEHEUGEN: GROFWEIG INTACT  
ANDERS: \_\_\_\_\_
- REALITEITS TOESING:   
ANDERS: \_\_\_\_\_

OPVALLENDE GEDRAGS OBSERVATIES: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTISCHE IMPRESSIE/DIAGNOSE (DSM DIAGNOSE):

*Depressie in partiele remissie*

ALGHELE SUICIDE RISICO VOOR DE PATIENT (check en leg uit):

- LAAG  
 GEMIDDELD  
 HOOG

NOTITIES:

*Nog noodig behandeling bij dr. Huntje,  
verder lopen d'geen redelijke*

Volgende afspraak gepland:

Behandel voorwaarde: *in poliklinische zorg*

*van Huntje,*

Handtekening Behandelend

# Toen klaar?

- ▶ Elders afronden?
- ▶ U heeft handvatten om na de CASE, evident door te pakken
- ▶ Hoe nu verder
  - ▶ Dat weet je nooit maar.....

## **Maar de CAMS:**

- ▶ Verminderde kans terugval
- ▶ Vermindering suïcidale ideaties
- ▶ Veranderde ↓ suïcidale cognities
- ▶ Geeft toename van hoop
- ▶ Positieve patiënt ervaring
- ▶ Verminderd SEH bezoek
- ▶ ↓ zelfbeschadiging en pogingen

# Subtyperen van suicidaliteit



## Take home messages

1. Suïcidaal gedrag = heterogeen concept!
2. Specifieke “groep” id (spoedeisende) psychiatrie?
3. Beredeneerde diagnostiek, behandeling & verantwoordelijkheid bij verschillende groepen?

# Het **S** woord

► **Altijd serieus nemen!**

**Maar ook:**

- De uitspraak is heftig en activerend ...
- Ontstaan van paniek?
- Urgentiebesef er moet **nu** echt iets gebeuren
- Snel aan de beurt?
- Wachtrij omzeilen?
- Bevriezing bij hulpverleners?



# Geen uniformiteit definities!

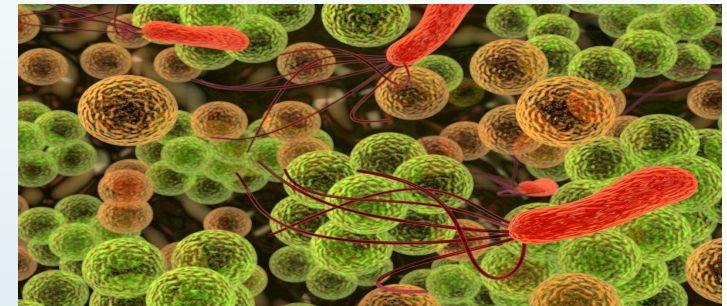
- Differentiatie van suïcidaal gedrag (entrapment)





# Diverse soorten suïcidaliteit?

- Vergelijking met koorts?
  - Verschillende ernst “vormen”
- Verschillende oorzaken
  - Infectie
    - Bacterieel
    - Viraal
    - schimmel
  - Maligniteit
  - Endocrien
  - Allergie
  - Auto-immuunziekte
  - Middelen
  - Onbekend



# Suicidaal verschillende vormen >Differentiatiemodel

- Behoeftte aan een klinisch model voor onderscheiden suïcidaal gedrag?
  - Voor het handelen
  - Behandeling
  - Setting
  - “Personalized medicine”
  - Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
  - Klinische risicotaxatie
  - Wetenschap
    - Genetica, Biologie, Beeldvormend
    - Dimensies psychopathologie/persoonlijkheid, endofenotypes, etc..



## Primair depressieve cognitie

- depressieve cognitie
- Stress/kwetsbaarheid ↑
- langere duur?

## Perceptuele desintegratie

- psychotisch/nihilistisch
- realiteitsvoetsing ↓↓
- Korte duur?

GGZ /samenleving

GGZ /samenleving

"Rumineren"

## Psychosociale "entrapment"

- Serieuze verlieservaring
- Reactieve depressieve gedachten
- Korte duur?

## Inadequate communicatie/coping

- Inadequate coping
- psychologische pijn
- entrapment hulpverlening
- middellange duur op chronisch?

GGZ/samenleving

GGZ <> samenleving

# Perceptuele desintegratie

- **Het suicidale gedrag:**
  - verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (**psychose**).



# Hypothese perceptuele desintegratie

Subtype	perceptuele desintegratie
geschatte acute suïciderisico?	++++
Prevalentie risicogroep	+
Duur?	dagen/weken
mogelijk /verwacht beloop?	verdwijnt na adequate behandeling van de psychotische symptomatologie
recidive risico?	-bij nieuwe psychotische episode -bij triggering van trauma's
mogelijke richting farmacotherapie?	-anti-psychotica (Clozapine) en/of stemmingsstabilisator (Lithium)  - eventueel aanvullend benzodiazepines bij grote angst.  - ECT
Invloed middelen/ organiciteit?	++
zorg gedurende crisis?	-klinische opname (eventueel gedwongen)  -indien veilig IHT
Vervolgbeleid?	-zorg ambulant psychotische stoornissen,  -traumabehandeling
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de desintegratie opknapt

# primair depressieve cognitie

## ► **Het suicidale gedrag:**

- Vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid.
- Suicidaal gedrag vooral vanuit affectieve component.
- Chronische stress





# Hypothese depressieve cognitie

Subtype	primair depressieve cognitie
geschatte acute suïciderisico?	++
Prevalentie risicogroep	++++
Duur?	weken/maanden
mogelijk /verwacht beloop?	↓adequate medicamenteuze/ psychotherapeutische behandeling.
recidive risico?	bij nieuwe episode van stemmingsontregeling
mogelijke richting farmacotherapie?	-antidepressivum en/of stemmingsstabilisator –terughoudend benzodiazepines ivm controleverlies / -wel kortdurend benzodiazepines bij slaaptekort
Invloed middelen/ organiciteit?	+
zorg gedurende crisis?	-spoedzorg,  -IHT
Vervolgbeleid?	zorg ambulant stemmingsstoornissen aangevuld met CAMS, CGT  MBCT etc.
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de stemming verbetert

# Psychosociale entrapment

## ► **Het suïcidale gedrag:**

- wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil.
- Acute stress



# Hypothese: Psych. entrapment

Subtype	psychosociale "entrapment"
geschatte acute suïciderisico?	+++
Prevalentie risicogroep	++
Duur?	dagen
mogelijk /verwacht beloop?	-verdwijnt als tunnelvisie vermindert, -verdwijnt bij rouw als de meest intense emotie is afgenomen
recidive risico?	-bij nieuwe episode van ernstige psychosociale stress .-bij nieuwe krenking
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudendheid met medicatie -eventueel symptomatisch bij slaaptekort en/of grote angst.
Invloed middelen/ organiciteit?	+++
zorg gedurende crisis?	Holding (systeem ) Zeer korte opname of IHT, ASSIP, PST
Vervolgbeleid?	POH-GGZ
verantwoordelijkheid patiënt?	oplopend naarmate de tunnelvisie = milder

# inadequate communicatie/coping

## ➤ Het suïcidale gedrag:

➤ lijkt in het teken te staan van het benadrukken vd lijdensdruk en/of wordt aangewend om anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen.

➤ Lijden secundair affectief

➤ Cave acuut op chronisch

➤ Begrip voor het onderliggend lijden

➤ Niet verwarren met term “suïcidal blackmail”



# Hypothese: “communicatie”

Subtype	inadequate coping & communicatie
geschatte acute suïciderisico?	+
Prevalentie risicogroep	+++
Duur?	dagen/uren wel vaak chronisch suïcidaal gedrag
mogelijk /verwacht beloop?	Verdwijnt vaak aspecifiek/spontaan binnen enkele uren of enkele dagen , risico acuut op chronisch en verschuiving ander kwadrant
recidive risico?	-bij interpersoonlijke stress en ervaren van machteloosheid  -bij ontbreken van externe erkenning van het onderliggend lijden.
mogelijke richting farmacotherapie?	-terughoudend met (wijzigingen in of aanvullingen van) farmacologische behandeling
Invloed middelen/ organiciteit?	++++
zorg gedurende crisis?	FACT, crisisregeling (BOR/TOR)
Vervolgbeleid?	-FACT,  -aanvullend bijvoorbeeld DGT of CAMS of collaborative care, enz
verantwoordelijkheid patiënt?	terughoudendheid voor overnemen, wel maximale ondersteuning/erkenning geven.

# Vervolg

- ▶ Lopende “valideringsstudie”
  - ▶ 100 conclusies crisisdienst
  - ▶ “Interrater” variabiliteit 3 psychiaters/2 Verpleegkundigen
- ▶ Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia
- ▶ Vervolg studie fase 2
  - ▶ Rivierduinen
  - ▶ Parnassia
  - ▶ Lentis
  - ▶ Sussex Partnership Trust

<b>Subtype suïcidaal gedrag</b>	<b>N</b>	<b>percentage</b>
<b>Perceptuele desintegratie</b>	<b>67</b>	<b>13,3%</b>
<b>Depressieve cognitie</b>	<b>194</b>	<b>38,6%</b>
<b>Psychosociale entrapment</b>	<b>93</b>	<b>18,5%</b>
<b>Inadequate communicatie</b>	<b>149</b>	<b>29,6%</b>
<b>Totaal</b>	<b>503</b>	<b>100,0%</b>



# Casus 1

Beoordeling suicidaliteit van een 15-19 jarige goede verzorgde jonge vrouw met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, In beeld via de politie, nadat **zij onder invloed van alcohol na een feestje voor een auto is gesprongen, wel sprake van botsing niet gewond geraakt.** Bij beoordeling wordt een rustig, vriendelijk meisje gezien, dat suicidaliteit nu ontkent, spijt heeft en zich schaamt voor wat er is gebeurd.

**Er zijn video-opnames verspreid van intimiteit met meerdere mannen. Patiënte legt de oorzaak bij alcoholgebruik en daarbij het bericht vd opnames waar zij erg van geschrokken is.** Patiënte kan veiligheidsafspraken maken, heeft toekomstplannen.

Patiënte gaat samen met moeder naar huis. Suïciderisico wordt niet acuut verhoogd ingeschat. Er wordt besloten patiënte aan te melden voor SuNa.

## Casus 2

- ▶ Beoordeling 35-39 jarige vrouw. Bekend met een depressieve stoornis, ADHD en een paniekstoornis. Komt nu op de SEH van het Westeinde ziekenhuis in verband met TS met medicatie (3 stuks paracetamol 500mg, 2 stuks Temazepam 10mg, 15 stuks Citalopram van 10 mg en 40 stuks Paroxetine 20 mg).
- ▶ **Alhier zien we een lijdzame dame die tot niets komt. Is erg somber, ziet het allemaal niet meer zitten er is een toename van klachten sinds ze afgelopen vrijdag te horen gekregen heeft dat ze in de schuldsanering komt. Wil graag hulp voor haar depressie maar op een of andere manier kan ze zich er niet tot toe zetten om op behandelafspraken te komen.** Ze geeft aan dit nu wel echt te gaan doen. Ziet de noodzaak ervan in om behandeld te worden met de juiste dosering Citalopram (is nu 10 mg 1dd )
- ▶ Suïcidaliteit wordt nu niet acuut verhoogd ingeschat. Patiënte heeft geen plannen. Ex-vriend slaapt vandaag bij haar thuis en morgen neemt haar eigen behandelaar contact met haar op.

## Casus 3

- ▶ Beoordeling op de SEH 45-49 jarige man, blanco voorgeschiedenis. Aangemeld bij een andere ggz instelling
- ▶ Vandaag door vriendin thuis gevonden na TS met medicatie (25-29 tabletten Benzo) en een zak over zijn hoofd. Afscheidsbrieven geschreven met ambulance naar Spoed eisende hulp gebracht. Afgelopen periode ook diverse verlies ervaringen.
- ▶ Patiënt maakt een sombere indruk en is **gepreoccupeerd met zijn financiële problemen, hij gaat vervallen in volledige armoede en sleept iedereen mee in zijn ellende, en weet zeker dat het nooit meer goed komt. Hij is de oorzaak van alle ellende in de familie en is door en door verrot. Heeft zijn dochter ellende aangedaan (fam > geen aanwijzingen)**, daarnaast persisteert hij in zijn doodswens.
- ▶ Een IBS wordt overwogen, patiënt wil uiteindelijk toch vrijwillig worden opgenomen. De suicidaliteit wordt acuut verhoogd ingeschat.

## Casus 4

- Beoordeling 75-79-jarige man, bekend met depressieve stoornis en dakloosheid. Ook bekend met forse impulsdoorbraken bij een narcistische persoonlijkheidsstructuur en gedragsverandering bij een CVA en mogelijk bijwerkingen op Parkinson-medicatie.
- Patiënt lag op straat. **Hierbij uitte patiënt zich suïcidaal naar de politie, wilde opgenomen worden en zou een bom plaatsen in Amsterdam als hij niet opgenomen wordt.** Bij beoordeling wordt een breedsprakige man gezien, die volhardend blijft in zijn plan de woningbouw te doen “imploderen” met hem erbij **als niet wordt voldaan aan zijn opnamewens of huisvesting wordt geregeld.**
- Na beoordeling door crisisdienst gaat patiënt akkoord met overnachting op de OVP en dat hij morgen door eigen behandelaar wordt gesproken voor het opstellen van een plan.

# Take home messages

1. Suïcidaliteit is een heterogeen concept  
Voorbeelden van een mogelijke onderverdeling
2. CAMS: depressieve cognitie & inadequate communicatie?
3. Beredeneerde diagnostiek,
4. behandeling & **verantwoordelijkheid**  
Verschillende behandelvormen,  
setting & verantwoordelijkheid

# Vragen over differentiatie



SECOND EDITION

The CAMS Framework

# MANAGING SUICIDAL RISK

*A Collaborative Approach*

David A. Jobes

FOREWORD BY Marsha M. Linehan



# Vragen over CAMS

- ▶ Jullie waren de eerste
- ▶ Whatsapp groep?
- ▶ Nederlands CAMS netwerk?
- ▶ Behoeftte aan terugkoppeling?
  
- ▶ Vragen en feedback

# Afronding



*Dank aan: Heel veel mensen maar ijb David Jobes, Marieke de Groot, Kate Aamund, Eoin Calavan, Nienke Kool, RINO Amsterdam, Parnassia, GGZ Rivierduinen en Riet Lochy*

- [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl) of
- [r.dewinter@rivierduinen.nl](mailto:r.dewinter@rivierduinen.nl)
- 
- **Nalezen:**
- [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)