

## **De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) als raamwerk voor de behandeling van suïcidale patiënten**

*Remco de Winter, Corine Paauw, Marieke de Groot en David Jobes.*

### **Samenvatting**

De Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS), ontwikkeld door David Jobes, biedt een flexibel en een op evidentie gebaseerd raamwerk voor de behandeling van suïcidale patiënten vanaf 12 jaar onder verschillende situaties. CAMS draait om empathie, samenwerking, transparantie en focus op suïcidaliteit, wat helpt om een veilige en open relatie tussen behandelaar en patiënt te bevorderen. Het richt zich niet alleen op voorkomen van suïcidaliteit, maar ook in het vergroten van redenen om te leven. Centraal in de aanpak staat het gebruik van de Suïcidaliteit Status Formulieren (SSF), die in elke sessie worden ingevuld om suïcidaliteit in kaart te brengen en de voortgang te monitoren. Samen met de patiënt wordt een behandelplan opgesteld dat gericht is op de drijfveren achter de suïcidaliteit, waarbij concrete strategieën worden ontwikkeld. Vervolgssessies dienen om de voortgang te evalueren en plannen aan te passen. CAMS eindigt wanneer het suïciderisico voldoende is verminderd, met aandacht voor terugvalpreventie en het vinden van nieuwe zingeving, waardoor het kan worden afgerond.

## 10.1 Inleiding.

### ***CAMS als raamwerk voor de behandeling van suïcidale patiënten***

Dit hoofdstuk beschrijft de *Collaborative Assessment & Management of Suicidality* (CAMS) zoals ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog David Jobes en dit hoofdstuk een afgeleide is van een eerder hoofdstuk. De Nederlandse benaming voor CAMS luidt als volgt: "Samen Beoordelen en Samenwerken in de Aanpak van Suïcidaliteit".

Het model biedt een gestructureerde, empathische en transparante aanpak waarin suïcidaliteit centraal staat. Behandelaren en patiënten werken samen om de kern van suïcidale gedachten te begrijpen, drijfveren te identificeren en een behandelplan op te stellen. Het richt zich niet alleen op het voorkomen van suïcidaliteit, maar ook op het vergroten van de redenen om te leven. CAMS is een benadering voor verschillende patiënten die suïcidaal zijn vanaf 12 jaar en is ontwikkeld vanuit de klinische praktijk. CAMS. Het biedt een flexibele aanpak die zowel in de ambulante, crisis- als klinische geestelijke gezondheidszorg (ggz) kan worden ingezet. Daarnaast is CAMS bruikbaar in diverse "settings" waar suïcidale patiënten zich bevinden. De CAMS schrijft geen specifieke behandelingen voor. In principe komen alle interventies en behandelmethoden die binnen de reguliere instelling geboden kunnen worden in aanmerking. Uitgebreide informatie over CAMS kunt u vinden op de volgende website: <https://cams-care.com>.

Een belangrijk onderdeel van CAMS is het gebruik van de *Suïcidaliteit Status Formulieren* (SSF), een betrouwbaar en psychometrisch gevalideerd hulpmiddel dat is getest bij verschillende populaties, zoals psychiatrische patiënten en suïcidale studenten. De SSF worden gebruikt om inzicht te krijgen in het ontstaan en de aanpak van suïcidaal gedrag. Het verminderen van de handelingsverlegenheid en het vergroten van het zelfvertrouwen van hulpverleners bij de behandeling van suïcidale patiënten, zijn positieve resultaten van training in CAMS.

De CAMS lijkt in eerste instantie ingewikkeld, tijdrovend en de diverse formulieren kunnen hulpverleners afschrikken. Toch is er positieve ervaring dat het raamwerk veel houvast geeft en hulpverleners door CAMS veel grip krijgen op suïcidaliteit en even door moeten krijgen hoe gemakkelijk de CAMS aanpak in de praktijk is en houvast geeft bij de aanpak van suïcidaliteit.

Dit hoofdstuk bespreekt de filosofie achter CAMS als behandeling voor suïcidaliteit en legt de praktische stappen binnen de CAMS-benadering uit..

#### ***10.1.1 Achtergrond en evidentie***

Suïcidaliteit komt veel voor bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, of het nu patiënten met een depressie, eetstoornis of angststoornis zijn. Hulpverleners weten vaak niet goed wat ze moeten doen wanneer zij geconfronteerd worden met een suïcidale patiënt. Het CAMS-raamwerk biedt hulpverleners zelfvertrouwen en concrete handvatten om suïcidale patiënten te begeleiden. Patiënten krijgen de kans gestructureerd te werken aan de onderliggende drijfveren van suïcidaliteit.

Het CAMS raamwerk is gebaseerd op verschillende theorieën over het ontstaan van suïcidaliteit en biedt een integratieve benadering om samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken en meer zorg op maat te geven. CAMS is, naast ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program), de enige evidence-based behandeling die specifiek is ontwikkeld voor de aanpak van suïcidaliteit. Daarnaast zijn er ook andere behandelingen ontwikkeld vanuit bestaande vormen van

psychotherapieën (bijvoorbeeld depressie) die in aangepaste vorm meer gericht zijn op suïcidepreventie.

De huidige richtlijn suïcidaliteit beschrijft CAMS als een effectieve benadering bij een suïcidale patiënt. Uitgebreid onderzoek toont aan dat CAMS het suïciderisico vermindert. Er zijn op moment acht correlatieve studies en vijf gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) die de effectiviteit ondersteunen. Eén recente RCT toont aan dat CAMS het aantal suïcidepogingen vermindert na opname. De redenen om te leven namen ook significant toe in de CAMS groep. Verder is er onderzoek gedaan bij suïcidale patiënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis waarbij CAMS werd vergeleken met dialectische gedragstherapie en CAMS een gunstigere uitkomst liet zien op suïcidaliteit.

### **10.1.2 Basis en kernelementen van het CAMS-raamwerk**

Het CAMS-raamwerk heeft vier onderliggende "basis en kern-elementen" voor de zorg bij suïcidaliteit welke de basis zijn voor het behandeltraject .

De elementen zijn:

- 1) Empathie
- 2) Samenwerking
- 3) Eerlijkheid/transparantie
- 4) Suïcidaliteit als focus van behandeling

#### ***Empathie***

Een centraal onderdeel van de CAMS is empathie voor de last en worsteling die iemand ervaart door de suïcidaliteit. Het is noodzakelijk dat er een diepgaand begrip is, voor alles wat er voor heeft gezorgd dat iemand nu suïcidaal is.

De CAMS benadering moedigt patiënten aan om openlijk alles te delen. Dit vraagt veel van de hulpverlener; namelijk dat hij/zij gedurende het hele traject empathie toont voor de beleving van de patiënt. Daarnaast is het cruciaal dat de hulpverlener in staat is de wanhoop en hopeloosheid van de patiënt te verdragen. Verdragen betekent dat de hulpverlener de beleving niet bestrijdt of veroordeelt. De hulpverlener is zich er steeds van bewust dat hij/zij geen taal gebruikt die veroordelend, stigmatiserend of beschuldigend opgevat kan worden.

Dit betekent anderzijds niet dat de hulpverlener de beleving of het gedrag de van de patiënt goedkeurt of beaamt (ook daarin zit immers een oordeel, zij het positief); het gaat om het luisteren zónder oordeel.

Binnen het CAMS raamwerk gaat het om het proces welke de kern van de "suïcidale drijfveren" kan vinden. p empathische wijze wordt gezocht naar een ingang waardoor de patiënt zijn innerlijke worsteling én zijn ambivalentie durft te delen. Alleen zo komen de behandelaar en de patiënt tot een setting waarin de kern van de suïcidaliteit kan worden besproken en aangepakt.

#### **Samenwerking**

Samenwerking (collaborative) zit in de naam van CAMS en houdt in dat de hulpverlener en de patiënt samenwerken en samen grip willen krijgen op de suïcidaliteit. Gedurende elke stap binnen

het CAMS-raamwerk is samenwerking essentieel. Dat houdt in dat ook van de patiënt wordt verwacht dat hij in staat is om te willen samen te werken. Naast de samenwerking met de patiënt zorgt de hulpverlener, in samenspraak met de patiënt, zo snel als mogelijk dat naasten op de hoogte zijn van de behandeling en waar nodig actief betrokken kunnen worden bij de behandeling vanuit het CAMS-raamwerk.

De patiënt en de hulpverlener gaan via het CAMS raamwerk samen de suïcidale gedachten, beelden (intrusies) gevoelens en gedragingen onderzoeken. Hierbij proberen ze samen een antwoord te vinden op het "hoe", "wat", "wanneer", "waar" en "waarom" van de suïcidaliteit. Ook zullen ze samen de gevolgen van suïcidaliteit in kaart brengen. Het verminderen van schaamte over de suïcidaliteit is hierbij een belangrijk doel. Ook wordt de ambivalentie die iemand kan hebben ten opzichte van de dood wordt niet veroordeeld.

Aan de start van de sessie neemt de he hulpverlener (uiteraard met toestemming) plaats náást de patiënt; hiermee wordt letterlijk zichtbaar waar de hulpverlener wil zijn: náást en niet tegenover de patiënt. Uiteraard is de professionele distantie altijd van toepassing.

Een belangrijk aspect van samenwerking binnen de CAMS is dat de patiënt een actieve rol inneemt. Documenten zoals de Suïcidaliteit Status Formulieren (SSF) en het stabilisatieplan worden zoveel mogelijk door de patiënt zelf geschreven en door de patiënt zelf in beheer gehouden. De patiënt is ook degene die de inschatting van het suïcidale risico elke sessie op papier zet.

De patiënt is zelf ook de auteur van de ingevulde formulieren en krijgt deze ook mee na elke sessie.

De behandelaar heeft zo (ook letterlijk) de handen vrij om - vanuit de stoel naast de patiënt - mee te kijken naar hoe het suïcidale proces zich op papier ontvouwt. De hulpverlener kan direct doorvragen of nader ingaan op hetgeen de patiënt opschrijft.

### **Eerlijkheid/transparantie**

Hoewel het mogelijk een open deur lijkt dat eerlijkheid en transparantie van belang zijn in een behandeling, blijkt dit rondom suïcidaliteit - voor zowel de hulpverlener als voor de patiënt – vaak nog niet zo eenvoudig. Voor beiden blijken er in de praktijk spanningsvelden te zijn om eerlijk te kunnen spreken over het onderwerp.

Aan de kant van de hulpverlener kunnen eigen oordelen over de suïcidaliteit in de weg zitten om eerlijk en transparant te zijn. Zoals beschreven over empathie vraagt het immers binnen de methode om een niet veroordelende houding van de therapeut.

Maar ondanks alles kan de hulpverlener toch ook een spanningsveld ervaren tussen eerlijkheid enerzijds en de wettelijke plichten en aanbevelingen uit richtlijnen rondom suïcidaliteit anderzijds. Immers de consequenties van suïcide of een ernstige poging hebben naast een emotionele kant ook soms gezondheidsrechtelijke consequenties.

Aan de kant van de patiënt kunnen met name angsten eerlijkheid en transparantie tijdens de CAMS in de weg zitten. Dit kan gaan om bijvoorbeeld angst voor veroordeling door de hulpverlener, of angst voor de gevolgen van openheid over suïcidaliteit; bijvoorbeeld voor verlies van eigen regie doordat de hulpverlener een gedwongen opname in gang zet.

Ondanks de beschreven moeilijkheden, gaat de CAMS uit van eerlijkheid en transparantie. Deze eerlijkheid zit in eerste instantie in de erkenning van het vermogen van de patiënt zichzelf iets aan te

kunnen doen of zelfs zijn/haar leven te beëindigen, hoe moeilijk of onbegrijpelijk dit ook voor omstanders (inclusief hulpverleners) kan zijn.

Eerlijkheid en transparantie betekenen in de CAMS ook dat de hulpverlener duidelijk is dat hij/zij alles in het werk wil stellen om suïcide te voorkomen, maar daar bovenop ook nog te streven naar een verandering van inzicht bij de patiënt, naar de overtuiging dat het leven de moeite waard is om te leven. Tot slot gaat het ook over eerlijkheid en transparantie over de afwegingen die de hulpverlener maakt, waar wensen van de patiënt schuren of botsen met richtlijnen of wettelijke kaders rondom suïcidaliteit maar waarbij de autonomie van een patiënt altijd zoveel mogelijk gewaarborgd moet worden.

### **Suïcidaliteit als focus van behandeling**

De meeste gangbare psychotherapiemodellen richten zich op behandeling van een psychische stoornis, waarbij suïcidaliteit als één van de symptomen wordt gezien. Verondersteld wordt dat een breed ingezette behandeling uiteindelijk de suïcidaliteit zal verminderen.

Het CAMS raamwerk benadert suïcidaliteit anders. Binnen CAMS is suïcidaliteit het centrale thema voor de aanpak, los van een psychiatrische diagnose. Dit omdat suïcidaliteit een transdiagnostisch probleem is, dat onbehandeld vaak terugkeert bij nieuwe perioden van stress.

Ook moeten we bedenken dat de mogelijkheid tot suïcide kan een gevoel van controle en/of de overtuiging kan geven om het lijden zelf te kunnen beëindigen.

Het uiteindelijke behandeldoel vanuit het CAMS-raamwerk is om precies te identificeren wat een patiënt richting suïcide drijft. Hierbij gaat het om de zoektocht naar de onderliggende drijfveren om een pragmatische behandelplanning te maken en te zoeken naar een oplossing voor het verminderen van deze drijfveren. Anders kunnen omgaan en beheersen van deze drijfveren is de sleutel tot herstel binnen het CAMS raamwerk. Zo biedt CAMS voor de hulpverlener een duidelijke en afgebakende manier om vooruitgang te boeken met een patiëntgerichte benadering van suïcidaliteit-specifieke zorg, waardoor de patiënt op een andere en betere manier kan omgaan met zijn situatie en uiteindelijk de mogelijkheid krijgt tot zicht op een leven met doel en betekenis.

### **10.2 CAMS -raamwerk in de praktijk**

De Suïcidaliteit Status Formulieren (SSF) zijn erg belangrijk binnen de CAMS. Met de formulieren wordt een goed beeld gekregen van de suïcidaliteit. Dit beeld vormt de basis van de verdere aanpak. Het herhaald invullen van de formulieren geeft structuur en houvast in de sessies. In CAMS staat de patiënt centraal, en het is de taak van de therapeut om de patiënt te volgen, zowel bij de beoordeling als bij de behandelplanning

Er zijn drie versies van de SSF:

1. Startformulier, (sessie 1)
2. Vervolgformulier (alle tussenliggende sessies) -alle tussentijdse sessies (vervolg formulieren) en de,
3. Eindformulier (laatste sessie) -uiteindelijke uitkomst van CAMS of wel het afsluitende formulier.

Iedere CAMS-sessie, in alle drie de fasen van de zorg, begint met het invullen van de “kern beoordeling” van de SSF. Hierin worden 5 kernelementen met betrekking tot suïcidaliteit beoordeeld (psychische pijn, stress, agitatie/onrust, hopeloosheid en zelfafkeer/zelfhaat met daarnaast suïciderisico op gedragsniveau). Deze elementen zijn afgeleid van bekende ontwikkelde modellen voor suïcidaliteit van onder andere Baumeister, Beck en Shneidman.

Iedere CAMS-sessie (in alle drie de fasen van de zorg) eindigt met een gezamenlijke bespreking van de behandelplanning.

### **10.2.1 Eerste sessie**

De eerste sessie bepaalt of er een succesvol zorgtraject in gang kan worden gezet en er een behandelovereenkomst is. In de casus kun je lezen dat er voor Tom enkele verrassingen waren in de eerste CAMS sessie.

#### **Beoordeling**

Elke CAMS sessie begint met het gebruik van het startformulier met de SSF (zie afbeelding 1). Deze bepalen de structuur van de CAMS-benadering van het begin tot het eind. De therapeut en de patiënt vullen samen de formulieren in.

In deel A van het SSF startformulier geeft de patiënt aan welke concepten hij herkent en een rol spelen in zijn suïcidaliteit. Deel A start met de beoordeling van vijf kernconcepten van suïcidaliteit te weten: pijn, stress, agitatie/onrust, wanhoop en zelfafkeer. De patiënt geeft op een 5-puntsschaal voor elk concept aan in welke mate het concept op dit moment speelt. De patiënt wordt gevraagd om elk van de vijf concepten in eigen woorden een toelichting te geven. Daarna rangschikt de patiënt de vijf concepten op volgorde van belangrijkheid (1 = meest belangrijk, 5 = minst belangrijk). (Zie afbeelding 1)

Vervolgens beoordeelt de patiënt zijn eigen risico op de suïcidaliteit en daarna of dit verband houdt met zichzelf of met anderen. Daarna noemt hij maximaal vijf redenen om te leven en vijf redenen om te sterven, en ook deze redenen worden vervolgens gerangschikt op basis van belangrijkheid Dit is afgeleid van het model van Thomas Joiner, waarin hij “*reasons to live*” en “*reasons to die*” als belangrijke factoren beschouwd die kunnen verklaren waarom iemand wel of niet zou kunnen overgaan tot suïcide.

### CAMS Startformulier

Naam: *Tom Dombabil*

Behandelaar: *Remco de Winter*

Datum: **03-02-2026**

Deel A patiënt			
1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt 2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed. 3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)			
Positie			
2	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, <b>geen</b> stress en <b>geen</b> lichamelijke pijn): Weinig pijn: 1 2 3 4 <b>5</b> : Veel pijn Het meest pijnlijke vind ik: <i>Heb het allemaal verloot, relatie verpest en eenzaamheidsgevoel</i>		
5	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging): Weinig stress: 1 2 <b>3</b> 4 5 : Veel stress Het meest stressvolle vind ik: <i>Naar werk gaan</i>		
3	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, <b>niet</b> irritatie/ergernis) Weinig agitatie: 1 2 3 <b>4</b> 5 : Veel agitatie Voor mij is het niet meer vol te houden als: <i>Ik wil niet meer in deze wereld zijn</i>		
4	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet): Weinig hopeloosheid: 1 2 3 <b>4</b> 5 : Veel hopeloosheid Het meest wanhopige ben ik door: <i>Alleen zijn</i>		
7	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): Weinig zelfafkeer: 1 2 3 4 <b>5</b> : Veel zelfafkeer De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <i>Als ik mezelf zie ik kan niet meer naar mezelf kijken</i>		
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE:      Zeer laag risico: 1 2 3 <b>4</b> 5 : Zeer hoog risico (suicideer mezelf)		
1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding <u>aan uw zelf</u> gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 <b>3</b> 4 5 : volledig 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding <u>aan anderen</u> gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 <b>4</b> 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
4	<i>Misschien komt het goed</i>	3	<i>Veel gedoe en nu nieuw huis zoeken</i>
7	<i>Moeder</i>	2	<i>Ik na zo niet meer 40 jaar doorgaan</i>
3	<i>zus</i>	1	<i>Eenzaamheid door relatiebreuk</i>
2	<i>kat</i>	4	<i>Daan niet leuk</i>
Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 <b>3</b> 4 5 6 7 8 : Erg veel Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 <b>7</b> 8 : Erg veel Het enige dat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen, is: <i>Weet ik niet, iemand die van me houdt</i>			

**De redenen om te leven:** Deze omvatten positieve overtuigingen, hoopvolle verwachtingen en factoren die iemand aanmoedigen om door te gaan met leven, zoals relaties met familie en vrienden, persoonlijke doelen, of een gevoel van verantwoordelijkheid. Dit kunnen ook kleine dingen zijn die vreugde geven of simpelweg de wil om het leven te verbeteren.

**Redenen om te sterven:** Deze hebben te maken met negatieve overtuigingen en gedachten die iemand drijven richting suïcide, zoals gevoelens van hopeloosheid, ondraaglijk lijden, of het idee dat anderen beter af zouden zijn zonder hen.

Joiner's theorie benadrukt dat het versterken van *redenen om te leven* en het inventariseren van *redenen om te sterven* belangrijke stappen zijn in suïcidepreventie. Door mensen te helpen positieve redenen te vinden om te leven en hun negatieve gedachten te herzien, kunnen interventies worden ontwikkeld die suïcidaliteit kunnen verminderen.

Hierna beoordeelt de patiënt zowel zijn relatieve wens om te leven als ook zijn wens om te sterven op een schaal van 0 t/m 8.

Het startformulier (Deel A van de SSF) eindigt er mee dat de patiënt in eigen woorden antwoord geeft op de vraag: "Het enige dat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen is ..?"

Het start formulier "aanvullende informatie" (deel B van de SSF voor de eerste sessie) wordt ingevuld door de hulpverlener of overgenomen van een recente uitvraag door een collega. (Zie afbeelding 2). Daarbij worden 15 verschillende risico- en waarschuwingssignalen geïnventariseerd.

*Afbeelding 2 start formulier aanvullende informatie (Jobs 2023, vertaald)*

**CAMS Startformulier aanvullende informatie**

Deel B (behandelaar):					
J	N	Suicide ideatie	Beschrijving: <i>Zinloosheid, dood beter af dan levend</i>		
		○ Frequentie	<i>5 x per dag</i>	<i>7x per week</i>	<i>30x per maand</i>
		○ Duur	_____ seconden	_____ minuten	7 uren
J	N	Suicide plan	Wanneer: <i>Dag voor mijn verjaardag 5 februari heb al brief geschreven</i>		
			Waar: <i>Thuis in logeerkamer of hotel</i>		
			Hoe: <i>Heb pillen gevonden (digoxine)</i>	Toegang tot middelen	J N
			Hoe (2): <i>Nembutal bestellen in China</i>	Toegang tot middelen	J N
J	N	Suicide voorbereiding	Beschrijving: <i>Ja zie boven</i>		
J	N	Suicide geprobeerd	Beschrijving: <i>OP 14e jaar met paracetamol, niet lethaal.</i>		
J	N	Voorgeschiedenis suïcidaliteit			
		• Een poging	Beschrijving: <i>Zie boven _____</i>		
		• Meerdere pogingen	Beschrijving: <i>1x _</i>		
J	N	Impulsiviteit	Beschrijving: <i>Nee</i>		
J	N	Middelen gebruik	Beschrijving: <i>Soms drugs, XTC 4-5 x per jaar, sporadisch cocaïne</i>		
J	N	Belangrijk verlies	Beschrijving: <i>Jeugd verloren altijd verdriet en</i>		
J	N	Relatie problemen	Beschrijving: <i>breuk met zijn vriend, die hij zijn 18e jaar kent</i>		
J	N	Last voor anderen	Beschrijving: <i>Heeft de gedachte dat hij ook het leven van anderen belast</i>		
J	N	Gezondheidsproblemen	Beschrijving: <i>Nee</i>		
J	N	Slaap problemen	Beschrijving: <i>Soms wakker worden 1-2 per week, wakker liggen 1 uur</i>		
J	N	financiële/justitiële zaken	Beschrijving: <i>Onbetaalde boete van 420 euro verder gb</i>		
J	N	Schaamte	Beschrijving: <i>Dat hij zo ver is afgezaakt en nu dood wil</i>		

Dit deel wordt ook samen beoordeeld; de CAMS behandelaar is in dit deel degene die schrijft waarbij zij samen ingaan op verschillende overwegingen die relevant zijn voor de suïcidaliteit. Dit helpt om het behandelplan te schrijven, inclusief het CAMS Stabilisatieplan.



## Behandelplanning

Het start formulier behandelplan (deel C van het SSF startformulier) richt zich op het ontwerpen van het CAMS-behandelplan (zie afbeelding 3).

**Afbeelding 3** start formulier behandelplan (Jobes 2023, vertaald)

Deel C (Behandelaar):				
Behandelplan (Refererend naar secties A & B)				
Probleem #	Probleem beschrijving	Doelstellingen	Interventies	Duur
1	Suïcidale risico	Veiligheid en stabiliteit	Stabilisatie Plan Voltooid <input checked="" type="checkbox"/>	5 maanden
2	Depressieve klachten en negatieve coping, alcohol	Depressie verminderen, meer invloed op coping Aandacht voor minder drank.	Indicatie CGT depressie protocol? hoopkit? Alcohol online module	6 maanden?
3	Eenzaamheid, Werk en stress	Minder stress en neer hoop	Datingsites uitzoeken, beroepsmogelijkheden onderzoek	?

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

Binnen dit behandelplan worden drie hoofdproblemen geïdentificeerd als focus voor de behandeling van suïcidaliteit. Het begint hierbij altijd met Probleem #1, dit richt zich op het potentiële suïcidale risico waarbij automatisch het CAMS veiligheid/stabilisatie plan moet worden ingevuld.

Verschillende hulpverleners maar ook instellingen hebben verschillende formats binnen hun dossier voor een veiligheidsplan (of stabilisatieplan/signalering interventie plan etc), of er worden apps gebruikt waarin digitale plannen gemaakt worden. Meestal is de overlap met het CAMS veiligheid/stabilisatie formulier dusdanig groot, dat het niet zinvol is ook nog het CAMS veiligheid/stabilisatieformulier in te vullen (afbeelding 4). Dan kan volstaan worden met verwijzing naar het al bestaande veiligheidsplan.

Welke format ook gehanteerd wordt, duidelijke afspraken over veiligheid zijn van groot belang om CAMS verantwoord uit te kunnen voeren in een poliklinische behandelsetting. Een eerste thema hierin is om toegang tot dodelijke en/of gevaarlijke middelen te beperken, bijv. door middelen (al dan niet tijdelijk) uit huis te halen.

In het CAMS veiligheid/stabilisatieplan wordt verder een lijst opgesteld van vijf acties met hulpbronnen. Verder worden contactgegevens van belangrijke naasten genoteerd. Om de kans op een succesvolle uitvoering van het veiligheidsplan te vergroten is het belangrijk om – waar mogelijk – naasten te betrekken bij het opstellen en uitvoeren ervan.

Tot slot worden mogelijke barrières voor het uitvoeren van het CAMS veiligheid/stabilisatieplan opgespoord en besproken, en worden praktische oplossingen hiervoor bedacht.

Afbeelding 4 CAMS veiligheids/stabilisatieplan (Jobs 2023, vertaald)

**CAMS VEILIGHEIDS/STABILISATIE PLAN**

**Manieren om toegang tot middelen voor suïcide te voorkomen:**

1. Hartmedicatie wegdoen (vriendin Maureen krijgt dit en verwijdert de pillen)
2. Geen pillen bestellen in het buitenland
3. Voorzichtig met alcohol, alcoholvrij bier kopen

**Acties die ik kan ondernemen om het suïcidale gedrag te verminderen:**

1. Muziek luisteren van Moby of zelfgitaar gaan spelen
2. Netflix kijken of grappige filmpjes op Youtube/Tiktok
3. Bellen met zus, Maureen
4. Sporten, wandelen, fietsen
5. Absurde gedichten schrijven
- 6.

In noodgevallen zijn de volgende noodnummers van belang: 113 chat, hulplijn 088-234455

**Mensen die ik in geval van nood kan benaderen**

1. Maureen 06 15002024
2. Naomi 06 15003018
3. Zus 06 21003081

**Behandelafspraken nakomen:**

Potentiële barrières:	Oplossingen die ik kan proberen:
1. <u>Somber en niet willen opstaan</u>	<u>Wekker met miauwen van kat</u>
2. <u>slecht weer en niet willen</u>	<u>goed regenpak kopen</u>

CAMS Suicide Status Form (SSF-S) Copyright David A. Jobs, translation Remco F.P. de Winter, Corine C. Pauw & Mariëke H. de Groot (revised September 2024). All Rights Reserved

Problemen #2 en #3 in het behandelplan (zie voorbeeld afbeelding 3) worden drijfveren van de suïcidaliteit genoemd. Dit zijn de onderliggende drijfveren die tot suïcide aan kan zetten. Voorbeelden hiervoor zijn relationele problemen, financiële problemen etc. Drijfveren kunnen direct en indirect zijn maar daarover later.

De CAMS-behandelaar ondersteunt en begeleidt de patiënt in het zoeken naar de probleem-drijfveren. Deze drijfveren moeten altijd vanuit het perspectief (en dus narratief) van de

patiënt komen. Vervolgens stellen de hulpverlener en patiënt samen de doelen vast voor de twee belangrijkste geïdentificeerde problemen. Hierbij wordt gezocht naar meest pragmatisch mogelijke interventie voor het vastgestelde probleem.

CAMS-behandelaars worden aangemoedigd om verschillende technieken, evidence-based benaderingen en andere strategieën in te zetten die ze kennen om de probleemdrijfveren aan te pakken en te behandelen. Dat wil ook zeggen dat er andere diensten of andere hulpverleners moeten worden ingeschakeld en wordt de behandeling in een keten vastgelegd. Ook is het hierbij belangrijk om realistische doelen neer te zetten maar kan het ook betekenen dat er soms nog geen plek is voor een aanvullende behandeling.

In dit opzicht wordt de behandeling niet voorgeschreven – het is aan de hulpverlener, om te bepalen welke aanpak het beste is om de door de patiënt gevonden drijfveren op realistische wijze aan te pakken.

Bij de behandelplanning is het een voorwaarde dat de hulpverlener samen met de patiënt realistische doelen neerzet en deze ook door beide begrepen worden en samen akkoord gaan voor het vervolg.

Deel D van de SSF is algemene informatie over de psychiatrische symptomen en zijn vaak al in verband met een intake ingevuld en beschouwen we als facultatief en geven we hier niet weer.

In Nederland is er (nog) geen veilige digitale versie van de CAMS formulieren beschikbaar. Het is echter eenvoudig om de ingevulde formulieren te scannen en vervolgens op te slaan in het elektronische patiëntendossier. Het origineel neemt de patiënt mee naar huis. Het is aan te raden de formulieren vooraf te printen en in een mapje te doen. Dit mapje is gedurende het hele CAMS traject in beheer van de patiënt.

### **10.2.2 Vervolgssessies**

Alle CAMS sessies tussen de eerste sessie en de laatste sessie worden tussentijdse of wel vervolgssessies genoemd.

Tijdens deze sessies wordt het SSF Vervolgformulier gebruikt (zie afbeelding 5). Deze sessies beginnen met een beoordeling en eindigen met bespreking en eventuele bijstelling van het behandelplan. Soms kunnen er ook nog aanvullingen komen of soms zijn niet alle formulieren ingevuld die bij de eerste keer van de CAMS niet zijn afgerond. Ook kan het voorkomen dat er eerder toch nog te weinig inzicht was op de suïcidaliteit en moet er ruimte worden gezocht om hier toch meer grip op te krijgen.

Afbeelding 5 vervolformulier SSF (Jobes 2023, vertaald)

### CAMS vervolformulier (naasten betrekken)

Patiënt: *Tom Bombabil* Behandelaar: *Remco de Winter* Datum: *12-02-2026* \_

Deel A vervolg	
Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel het cijfer dat hier het beste bij past.	
1) INSCHATTEN PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, <b>geen</b> stress en <b>geen</b> lichamelijke pijn)	Lage pijn: 1 2 3 <b>4</b> 5 :Veel pijn
2) MATE STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging)	Lage stress: 1 2 <b>3</b> 4 5 : Veel stress
3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, <b>niet</b> irritatie/ergernis)	Lage agitatie: 1 2 <b>3</b> 4 5 :Hoge agitatie
4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat u ook doet):	Lage hopeloosheid: 1 <b>2</b> 3 4 5 : Hoge hopeloosheid
5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):	Lage zelfhaat: 1 2 <b>3</b> 4 5 :Hoge zelfhaat
6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE:	Zeer laag risico: 1 2 <b>3</b> 4 5 : Zeer hoog risico (suicideert zich)
Afgelopen periode: Suïcidale gedachten/gevoelens J N Om kunnen gaan met gedachten/gevoelens J N Suïcidaal gedrag J N	
Welke naasten is meegekomen?: <i>Maurice (vriendin)</i> Zo nee waarom niet?:	
Werkbladen ingevuld of mee gestart?: <i>Ja</i>	

## Beoordeling

Aan het begin van elke vervolgsessie vult de patiënt het eerste deel (A) van het vervolformulier in. Dit is een vereenvoudigde versie (zonder open vragen en zonder rangschikking) van de beoordeling in de startsessie.

Daarnaast worden drie aanvullende ja/nee-vragen gesteld om te beoordelen of de patiënt in de afgelopen week suïcidale gedachten of gevoelens heeft gehad, in staat was deze gedachten en gevoelens te beheersen, en of de patiënt in die week suïcidaal gedrag heeft vertoond (deel B, deze wordt ingevuld door de behandelaar). De resultaten worden besproken. Verder wordt er gekeken naar het behandelplan en of het stabilisatie/veiligheidsplan gebruikt is of mogelijk kan worden bijgesteld. Vervolgens kan verder worden geëxploreerd hoe het persoonlijke verhaal rondom de suïcidaliteit is middels een narratieve benadering zie hiervoor als voorbeeld [Werkblad 1](#)

Na het voltooien van Sectie A en B van de vervolgsessies richten de therapeut en de patiënt de aandacht op de suïcidale drijfveren, die centraal staan in de tussentijdse sessies. Zie hiervoor als voorbeeld [Invulblad suïcidale drijvers werkblad 2](#)

## Focus

In alle vervolgsessies van CAMS ligt het focus op het behandelen, beheersen en aanpakken van de suïcidale drijfveren van de patiënt. In dit opzicht verschilt de aanpak vanuit het CAMS raamwerk van andere meer traditionele behandelmethoden, behandelmethoden, die zich vooral richten op aanpak van bijv. angst- of stemmingsklachten, met de hypothese dat bij afname daarvan ook de suïcidaliteit

vermindert. Belangrijk is de realisatie dat in het CAMS raamwerk het niet vanzelfsprekend is dat de onderliggende classificatie de oorzaak is van de suïcidaliteit. De insteek is echt anders, het vertrekpunt is wat de patiënt zelf aangeeft als de oorzaak van zijn/haar suïcidaliteit.

Als voorbeeld: de CAMS behandelaar heeft met Tom het startformulier ingevuld. Hierin wordt duidelijk dat Tom zijn wens om te sterven voor hem samen hangt met seksueel misbruik op de kinderleeftijd en met een huidige onoverzichtelijke financiële situatie; dit worden in de CAMS de drijfveren genoemd. Deze drijfveren kunnen dan resulteren in een behandeling gericht op een vermindering van trauma gerelateerde klachten (bijv. door inzet van EMDR) en het krijgen van overzicht over en vermindering van de financiële problemen (bijv. door inzet van schuldhulpverlening).

Bij patiënt Tom komen op basis van het startformulier heel andere drijfveren naar voren, namelijk het naderende einde van een relatie met daarbij impulscontrole verlies. Passende doelen in een CAMS behandelplan kunnen dan zijn: verbetering van de relatie (bijv. door inzet systeemtherapie) of acceptatie van het einde van de relatie (bijv. door inzet van ademhalingstechnieken, mindfulness of manieren voor impulsbeheersing)

Binnen het CAMS raamwerk worden twee vormen van drijfveren onderscheiden, namelijk: directe en indirecte drijfveren.

Directe drijfveren (Problemen #2 en #3 binnen het CAMS-behandelplan) zijn problemen die verbonden zijn aan de directe oorzaak voor de suïcidaliteit. Dit kunnen gedachten, gevoelens, intrusies of gedragingen zijn die de patiënt ertoe aanzetten suïcide te overwegen en mogelijk een acute suïcidale episode kunnen uitlokken. Omdat patiënten niet 24 uur per dag /7 suïcidaal zijn, fluctueert de suïcidaliteit uiteraard. Directe drijfveren zijn doorgaans niet voortdurend (actief) aanwezig gedurende het beloop. Wanneer ze wel optreden of actief worden, kan het gevaarlijk worden immers anders gezegd sluimerende suïcidaliteit kan omgezet worden in actief suïcidaal gedrag. Indirecte drijfveren zijn problemen, stressoren of situaties die de patiënt vatbaarder maken voor de activering van hun directe drijfveren. Voorbeelden van indirecte drijfveren zijn diverse psychiatrische symptomen, slaapgebrek, ruzies met vrienden, dakloosheid, werkloosheid, slapeloosheid. Indirecte drijfveren zorgen niet voor actieve suïcidaliteit maar kunnen de basis zijn voor de activering welke verder leiden tot directe drijfveren en dus actieve suïcidaliteit.

Omdat suïcidaliteit veranderlijk is, is het binnen de CAMS belangrijk om de drijfveren voor suïcidaliteit steeds opnieuw en met een open blik te onderzoeken. Aan het einde van elke CAMS-sessie wordt het behandelplan opnieuw bekeken en eventueel bijgesteld.

Zoals eerder gezegd schrijft De CAMS geen specifieke behandelingen voor. In principe komen alle interventies en behandelmethoden die binnen de reguliere instelling geboden kunnen worden in aanmerking. Echter, vaak zet de CAMS ook aan tot verder kijken dan alleen wat er in GGZ-behandeling geboden kan worden. Hierbij kan het gaan om aanpak van praktische problemen (bijv. financiële problemen, gebrek aan daginvulling), aanpak van sociale problemen (bijv. vermindering van eenzaamheid of isolatie), maar ook thema's op het gebied van zingeving. Naast de nodige creativiteit is ook een goede kennis van en samenwerking met ketenpartners belangrijk om de CAMS succesvol uit te kunnen voeren.

#### ***Vervolg Casus tussentijdse CAMS behandeling***

*De CAMS vervolgsessies met Tom richtten zich op zijn angst nooit meer een relatie te kunnen krijgen. Tom gaf aan niet zeker te weten of hij nog van zijn vriend Bob hield. Zij waren al jaren niet meer intiem. Aan de andere kant: zij bezaten samen een huis, hadden en gezamenlijke vriendenkring en*

*Tom was er van overtuigd dat Bob een toegewijde echtgenoot en vader zou worden, als hun relatie zich die kant op zou ontwikkelen.*

*Naomi en Tom kwamen overeen dat Toms gedachten over het nooit meer krijgen van een relatie een belangrijke drijfveer (#2) waren van zijn suïcidaliteit. Naomi zette cognitieve therapie in op deze gedachten en zij spraken gedragsexperimenten af, waarin Tom online zou oefenen met contact leggen met andere mannen.*

*Een andere belangrijke drijfveer (#3) was Tom ontevredenheid met zijn baan. Naomi verwees Tom voor een beroepskeuze-inventarisatie. Op basis van de resultaten kwamen ze tot de conclusie dat Tom nog diverse mogelijkheden had om meer in de dienstensector te gaan werken*

*In de vijfde CAMS sessie nam Tom zijn zus mee. Samen kwamen ze tot de optie dat Tom een periode zou gaan werken in de goedlopende horecaonderneming van zijn zwager.*

*Door verder herstel en positieve ontwikkelingen bleek Tom steeds minder aan suïcide te denken. Hij heeft ook zijn Stabilisatieplan met succes toegepast toen hij even dacht dat hij een terugval kreeg.*

### **10.2.3 Afronding**

Er is geen voorgeschreven aantal vervolgsessies in de CAMS; er worden zoveel sessies gedaan als nodig is om therapeutische vooruitgang te boeken en idealiter tot de drijfveren voor de suïcidaliteit helder zijn en binnen de grenzen van mogelijkheden aangepakt zijn.

Hoewel er geen vast aanbevolen aantal sessies is, is in verschillende onderzoeken aangetoond dat suïcidaliteit doorgaans binnen 12 sessies duidelijk verminderd is. De meeste behandelingen worden afgerond binnen 6 tot 8 sessies.

#### **Afrondende beoordeling**

De behandeling binnen het CAMS raamwerk kan worden gestopt wanneer

- het algehele suïciderisico (formulier vervolgsessie, deel B) een score van 1 of 2 heeft en de suïcidale gedachten en gevoelens onder controle waren (Zie afbeelding 6)
- er gedurende drie opeenvolgende sessies geen suïcidaal gedrag meer is geweest (formulier vervolgsessie, deel B)

In het afrondende CAMS sessieformulier worden twee aanvullende open vragen gesteld. Deze vragen richten zich op de aspecten van de behandeling die de patiënt zijn bijgebleven en het meest hebben geholpen. Daarnaast wordt er gevraagd wat de patiënt heeft geleerd van de behandeling, en hoe deze kennis zouden kunnen worden toegepast om niet meer in de toekomst suïcidaal te worden.

Dit wordt vastgelegd in Sectie A van de SSF-versie van het CAMS afsluitende formulier.

In de praktijk wordt de patiënt, wanneer het goed gaat en niet meer wordt voldaan aan de criteria voor duidelijke suïcidaliteit op de hoogte gebracht dat CAMS mogelijk afgerond gaat worden binnen en aantal sessies. Of zowel patiënt als behandelaar (en misschien systeem) voldoende vertrouwen hebben om de behandeling af te ronden?

Afbeelding 6 afsluitend formulier SSF Afbeelding 5 vervolgformulier SSF (Jobes 2023, vertaald)

**CAMS afsluitend formulier**

Patiënt: Tom Bombabil Behandelaar: Remco de Winter Datum: 21-04-2026

<b>Deel A einde (Patiënt):</b>	
Omcirkel per onderwerp hoe u zich nu voelt; omcirkel 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 overweldiging)	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 hopeloosheid: 1 (2) 3 4 5 : Hoge hopeloosheid
5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):	Lage zelfhaat: 1 (2) 3 4 5 : Hoge zelfhaat
6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE:	Zeer laag risico: (1) 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (zichzelf niet suïcideren) (suïcideert zich)

**Afgelopen periode:** Suïcidale gedachten/gevoelens J(2) Om kunnen gaan met gedachten/gevoelens (1) Suïcidaal gedrag J(2)

Waren er specifieke aspecten bij de behandeling die je bijzonder goed hielpen? Zo ja welke? (wees zo precies mogelijk in de beschrijving). *Het CAMS veiligheidsplan, de hoopbox en vooral kunnen praten over dingen waarvoor ik me schaamde. De depressie die minder werd*

Wat heb je geleerd en wat helpt je als je in de toekomst weer last krijgt van suïcidale gedachten?  
*Minder schaamte hebben en sneller aan de bel trekken en weer veiligheidsplan lezen*

---

**Deel B (Clinicus):**

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.

In de voorlaatste sessie vóór de beëindigen met CAMS is het verstandig om een volledig gesprek te voeren over de behandeluitkomst en het verdere verloop.

Deze laatste sessies bieden een waardevolle mogelijkheid om met de patiënt te reflecteren op wat de patiënt heeft geleerd en te bespreken wat het leven weer de moeite waard heeft gemaakt. Ook kan de hulpverlener reflecteren wat er mogelijk nog beter had kunnen zijn. De bespreking van het vinden van meer doel, betekenis en zingeving in een leven "na vermindering van suïcidaliteit" kan de patiënt enorm helpen en ook een onverhoopte terugval voorkomen

### 10.2.4 Afsluiting

Sectie B van het afsluitend formulier SSF wordt samen door de patiënt en hulpverlener ingevuld en bevat een beschrijving van de uitkomst en formuleert een vervolg voor de patiënt. (afbeelding 6)

Sectie C van het formulier voor de afsluitende sessie wordt (niet afgebeeld) eventueel door de hulpverlener ingevuld en bevat de informatie over de psychiatrische symptomen de afrondende diagnostische impressie en een algeheel klinisch ingeschat suïcide risico.

#### **10.2.5 CAMS resultaat**

Behandeling binnen het CAMS raamwerk is gericht op de vermindering van suïcidaliteit. Een gunstige uitkomst houdt in dat het risico van suïcidaliteit en bijkomend gedrag is verdwenen, de suïcidale gedachten weg zijn of grotendeels zijn verdwenen, en dat er een toename van adequate coping is ontwikkeld.

Belangrijk is om na de afronding van CAMS met een open blik te blijven kijken. Soms blijkt nog verdere psychotherapeutische behandeling nodig, omdat er onderliggend persoonlijkheidsproblematiek speelt, of trauma, of verslaving etc. Hierbij kan voortzetting van behandeling bij dezelfde therapeut plaatsvinden of verwijzing naar andere hulpverleners.

Geen enkele behandeling is succesvol voor alle patiënten en dat geldt natuurlijk ook voor de CAMS. Soms wordt behandeling voortijdig gestaakt (door een beslissing van de patiënt of door externe omstandigheden zoals een opname), soms wordt de behandeling volgens plan afgemaakt maar blijft het gewenste resultaat uit. Het is belangrijk helder te krijgen wat maakt dat de CAMS niet aanslaat/is aangeslagen, dit goed vast te leggen in de SSF formulieren, en uiteraard te zoeken naar andere hulp. Ook is een suïcide niet altijd te voorkomen.

Het niet slagen van een behandeling kan ingrijpend zijn voor patiënten, behandelaren en systeemleden. Emoties kunnen in deze situaties hoog oplopen. In de oorspronkelijke Amerikaanse versie van de CAMS is veel aandacht voor het voorkomen van klachten en claims. Hoewel dat in de Nederlandse situatie minder op de voorgrond staat, geldt ook hier dat een goede documentatie van de behandeling bij suïcidaliteit belangrijk is en dit bescherming biedt in gevallen dat het toch komt tot een klacht. Het consequent invullen van de formulieren en deze opnemen in een (elektronisch) patiëntendossier, tezamen met de overwegingen van de clinicus en waar nodig collegiaal overleg, is van groot belang om bij niet-succesvolle behandelingen de stappen te kunnen volgen. De CAMS aanpak biedt daarin een goede bescherming.

#### **10.2.5 Mogelijke terugval**

Terugval in suïcidaliteit kan voorkomen in elke fase van de CAMS. Belangrijk is om de CAMS dan niet onverhoopt af te breken, maar juist vol te houden. Als terugval optreedt als de CAMS recent is afgerond, is het te overwegen de CAMS opnieuw in te zetten. De CAMS-behandelaar streeft hierin altijd weer naar een geduldige, begripvolle en ondersteunende houding waarbij suïcidaliteit de focus is van behandeling. Tenslotte is de CAMS-aanpak een van de weinige bestaande behandelingen die specifiek is ontwikkeld voor suïcidaliteit en wetenschappelijk als effectieve behandelvorm bewezen is en er gewoonweg niet veel meer voorhanden is..



Key referenties:

- Adrian, M., Blossom, J. B., Chu, P. V., Jobes, D., & McCauley, E. (2021). Collaborative Assessment and Management of Suicidality for Teens: A Promising Frontline Intervention for Addressing Adolescent Suicidality. *Pract Innov (Wash D C)*, 7(2), 154-167. <https://doi.org/10.1037/pri0000156>
- Adrian, M., McCauley, E., Gallop, R., Stevens, J., Jobes, D. A., Crumlish, J., Stanley, B., Brown, G. K., Green, K. L., Hughes, J. L., & Bridge, J. A. (2023). Advancing Suicide Intervention Strategies for Teens (ASSIST): study protocol for a multisite randomised controlled trial. *BMJ Open*, 13(12), e074116. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074116>
- Andreasson, K., Krogh, J., Rosenbaum, B., Gluud, C., Jobes, D. A., & Nordentoft, M. (2014). The DiaS trial: dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality on self-harm in patients with a recent suicide attempt and borderline personality disorder traits - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 194. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-194>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychol Rev*, 97(1), 90-113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142(5), 559-563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- de Winter, R. F. P., Meijer, C., Kool, N., & de Groot, M. H. (2022). Differentiation of Suicidal Behavior in Clinical Practice. In M. Pompili (Ed.), *Suicide Risk Assessment and Prevention* (pp. 219-236). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1_17)
- de Winter, R. F. P., Meijer, C. M., Enterman, J. H., Kool-Goudzwaard, N., Gemen, M., van den Bos, A. T., Steentjes, D., van Son, G. E., Hazewinkel, M. C., de Beurs, D. P., & de Groot, M. H. (2023). A Clinical Model for the Differentiation of Suicidality: Protocol for a Usability Study of the Proposed Model. *JMIR Res Protoc*, 12, e45438. <https://doi.org/10.2196/45438>
- Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. *Suicide Life Threat Behav*, 30(1), 8-17.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach Second Edition*. The Guilford Press.
- Jobes, D. A. (2023). *Managing Suicidal Risk. Third Edition. A Collaborative Approach*. The Guilford Press.
- Jobes, D.A., Zhang, I., Tyndal, T. (2021). Collaborative Assessment and Management of Suicidality Approach. In: Pompili, M. (eds) *Suicide Risk Assessment and Prevention*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4\\_16-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_16-1)
- Jobes, D. A., & Barnett, J. E. (2024). Evidence-based care for suicidality as an ethical and professional imperative: How to decrease suicidal suffering and save lives. *Am Psychol*. <https://doi.org/10.1037/amp0001325>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- LoParo, D., Florez, I. A., Valentine, N., & Lamis, D. A. (2019). Associations of Suicide Prevention Trainings with Practices and Confidence among Clinicians at Community Mental Health Centers. *Suicide Life Threat Behav*, 49(4), 1148-1156. <https://doi.org/10.1111/sltb.12498>
- Oakey-Frost, N., Moscardini, E. H., Cowan, T., Gerner, J. L., Crapanzano, K. A., Jobes, D. A., & Tucker, R. P. (2024). The Suicide Status Form-4 (SSF-IV) as a potentially therapeutic suicide risk assessment tool. *Suicide Life Threat Behav*. <https://doi.org/10.1111/sltb.13128>
- Santel, M., Neuner, F., Berg, M., Steuwe, C., Jobes, D. A., Driessen, M., & Beblo, T. (2023). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality compared to enhanced treatment

- as usual for inpatients who are suicidal: A randomized controlled trial. *Front Psychiatry*, 14, 1038302. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1038302>
- Shneidman, E. (1966). Orientations toward death. A vital aspect of the study of lives. *International Journal of Psychiatry*, 2(2), 167-200.
- Swift, J. K., Trusty, W. T., & Penix, E. A. (2021). The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav*, 51(5), 882-896. <https://doi.org/10.1111/sltb.12765>

Bijlagen

Klik voor SSF hier [Microsoft Word - SSF 5-february2025](#)