

Informatiefolder voor patiënten

ASSIP: kortdurende therapie na een suïcidale crisis

Geachte patiënt,

Deze kortdurende therapie van vier sessies, gevolgd door contact via regelmatige brieven, wordt aanbevolen als een routineprocedure bij patiënten die een poging tot suïcide hebben gedaan. Na een suïcidepoging is het risico op volgende suïcidale crises nog vele jaren lang flink hoger. Daarom is het essentieel dat we met uw hulp proberen te begrijpen wat de achtergrond van uw suïcidale crisis is en dat we veiligheidsstrategieën voor de toekomst ontwikkelen. Kortdurende ASSIP-therapie komt niet in de plaats van een andere aanbevolen vervolgbehandeling. We zullen er echter, met uw toestemming, wel voor zorgen dat zorgprofessionals die bij uw behandeling betrokken zijn, op de hoogte worden gebracht van de veiligheidsmaatregelen die tijdens ASSIP zijn ontwikkeld.

Een van de komende dagen zal een van de ondergetekenden contact met u opnemen. Als u momenteel in een instelling verblijft, zullen we eerst contact opnemen met de arts die gaat over uw behandeling.

naam therapeut

Afknippen a.u.b.

.....
Ik geef toestemming dat een therapeut van het ASSIP-team contact met mij opneemt voor de hierboven beschreven kortdurende therapie.

Achternaam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Verantwoordelijke zorg: _____

Waarschijnlijke verdere behandeling: _____

Ik ben *per telefoon* bereikbaar op nummer: _____

Bij voorkeur tussen _____ en _____ uur

Neem a.u.b. *schriftelijk* contact op

Adres: _____

of e-mail: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Informatiefolder voor zorgprofessionals

ASSIP: kortdurende therapie na een suïcidale crisis

Deze kortdurende therapie wordt als routineprocedure aanbevolen voor alle patiënten die een poging tot suïcide hebben gedaan. Een geschiedenis met een suïcidepoging is de belangrijkste risicofactor voor suïcide en pogingen tot suïcide. Het risico blijft tientallen jaren verhoogd en is op zijn hoogst in het eerste jaar na een suïcidepoging. ASSIP is een specifieke, gestructureerde therapie gericht op de individuele suïcidaliteit van de patiënt en bedoeld om een patiëntgericht inzicht te krijgen in de achtergrond van de suïcidale crisis en om specifieke veiligheidsmaatregelen te ontwikkelen voor de toekomst. ASSIP komt niet in de plaats van andere aanbevolen vervolgbehandelingen, maar therapeuten die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt zullen op de hoogte worden gebracht van de procedure en een exemplaar ontvangen van het schriftelijke overzicht.

Patiënten die worden opgenomen op de spoedeisende hulp worden in de regel geïnformeerd over ASSIP en gevraagd om het toestemmingsformulier in te vullen, zodat we contact met hen kunnen opnemen op de psychiatrische afdeling of thuis.

Structuur van ASSIP

Deze kortdurende therapie omvat normaal gesproken vier sessies, gevolgd door contact per brief.

- Eerste sessie: Narratief interview met de focus op de achtergrond van de suïcidale crisis. Het interview wordt na schriftelijke toestemming van de patiënt opgenomen op video.
- Tweede sessie: Afspelen van de video. Patiënt en therapeut kijken samen naar het opgenomen interview en onderbreken dat regelmatig voor aanvullende informatie. De patiënt ontvangt een psycho-educatieve folder om als huiswerkopdracht te lezen en van commentaar te voorzien.
- Derde sessie: Voltooiing van een schriftelijke casusformulering van de individuele kwetsbaarheid en de typische triggerende gebeurtenis(sen) voorafgaand aan een suïcidale crisis. Gezamenlijk worden individuele preventieve maatregelen ontwikkeld, op creditcardformaat afgedrukt ('Hoop-leporello') en overhandigd aan de patiënt.
- Vierde sessie (optioneel): Mini-exposure. De veiligheidsstrategieën worden geoefend met behulp van het op video opgenomen narratieve interview.
- Standaardbrieven. Twee jaar lang contact met regelmatige brieven; in het eerste jaar elke 3 maanden, in het tweede jaar elke 6 maanden.

Stuur a.u.b. verwijzingen met het afzonderlijke toestemmingsformulier voor de patiënt naar het ASSIP-team. Vervolgens wordt contact opgenomen met de patiënt.

naam, e-mailadres, telefoonnummer van het ASSIP-team

Huiswerktekst: ‘Suicide is geen rationele daad’

ASSIP: huiswerk

Suicide is geen rationele daad

Velen van ons kennen momenten in het leven waarin we suicide overwegen als mogelijke oplossing voor een lastige situatie. Dat is tamelijk normaal. Veel mensen zouden zeggen dat we die keuzevrijheid hebben. De geestestoestand van iemand die acuut suïcidaal is, heeft echter weinig te maken met vrije keus.

Geestelijke pijn

De acute suïcidale crisis is meestal het gevolg van een ervaring die ons zelfgevoel fundamenteel bedreigt. De daarmee samenhangende geestestoestand wordt vaak beschreven als hevige psychische of geestelijke pijn. Deze pijn kan erger zijn dan de ergste lichamelijke pijn. Deze psychische pijn wordt vaak veroorzaakt door een negatieve ervaring, zoals een dreigende of feitelijke relatiebreuk of door een persoonlijke mislukking of verlies van belangrijke persoonlijke doelen. De situatie wordt gevaarlijk wanneer we een hekel aan onszelf krijgen of onszelf afkeuren vanwege zelfverwijten – dat wil zeggen, wanneer we ons tegen onszelf gaan keren. Wanneer we geen oplossing zien voor zo’n pijnlijke ervaring, brengt dat vaak paniek met zich mee die lastig te beheersen is. Suïcidale mensen zeggen dat ze niet meer zichzelf waren en dat ze handelden in een soort trance, dat ze zich afgescheiden voelden van hun lichaam en geen pijn voelden. Deze kritieke geestestoestand noemen we *dissociatie*, wat inhoudt dat de normale zelfwaarneming verstoord is. In een dergelijke toestand is het praktisch onmogelijk om rationeel te denken en te handelen. Mensen geloven niet meer dat die paniek en hevige pijn ooit nog zullen afnemen.

Kent u dergelijke psychische toestanden persoonlijk? Beschrijf hieronder a.u.b. uw eigen ervaring.

Het emotionele brein en het rationale brein

Recent hersenonderzoek begint enig licht te werpen op wat er gebeurt in het brein tijdens een acute suïcidale crisis. Normaal gesproken is ons gedrag het resultaat van de harmonische integratie van twee belangrijke hersengebieden: aan de ene kant het emotionele brein, dat voornamelijk in het limbische systeem zit, en aan de andere kant het rationale brein, dat in de voorste hersenschors (de prefrontale cortex) zit en ook wel de baas in het brein wordt genoemd. Het limbische systeem en met name de amygdala zijn de hersengebieden die verantwoordelijk zijn voor het waarnemen van bedreigende situaties en voor snelle gedragsmatige reacties. Bedreigende situaties brengen een acute stressreactie teweeg, waar-

bij adrenaline wordt afgegeven in het bloed. Dit wordt een vecht-vluchtreactie genoemd, een reactiepatroon dat in de hele evolutie wordt aangetroffen. Verhoogde stresshormonen (adrenaline en cortisol) leiden tot een ingrijpende vermindering van het functioneren van de voorste-schorsgebieden, het deel van het brein dat verantwoordelijk is voor probleemoplossing, planning en rationeel denken overeenkomstig ons eigen levensverhaal. In een situatie van acute emotionele stress werken deze functies niet meer.

We willen graag weten of u dit kunt volgen. Kunt u dat hier aangeven?

Daden van zelfbeschadiging worden opgeslagen in het brein

Als we eenmaal een suïcidale crisis hebben meegemaakt, met name een suïcidepoging, wordt zo'n emotioneel stressvolle of zelfs traumatische ervaring opgeslagen in het brein als een zogenoemde *suïcidale modus*. De suïcidale modus is een hersentoestand die is aangeleerd en opgeslagen als een cognitieve-emotionele-gedragsmatige geestestoestand, die bedoeld is om om te gaan met specifieke, buitengewone situaties. Dit betekent dat die toestand wordt gereactiveerd wanneer die wordt opgeroepen door een vergelijkbare situatie. Suicide als een oplossing wordt dan een gemakkelijk beschikbare gedragsmatige reactie op geestelijke pijn. Het is daarom niet verrassend dat een poging tot suïcide de belangrijkste risicofactor is voor latere suïcide of nieuwe suïcidepogingen. Helaas blijft dat risico jarenlang verhoogd. Dit is de reden dat het zo belangrijk is om effectieve veiligheidsstrategieën voor toekomstige crises te ontwikkelen en in te zetten.

Uw opmerkingen over uw eigen eerdere suïcidale crises:

Factoren die het suïciderisico verhogen

Traumatische ervaringen in de jeugd maken iemand kwetsbaar voor onbeheersbare stressreacties in emotioneel bedreigende situaties in het volwassen leven en verhogen daarom het suïciderisico. Dergelijke traumatische ervaringen zijn onder meer: seksueel misbruik, mishandeling en geweld in het gezin, maar ook emotionele verwaarlozing en scheiding. Het zijn typische ervaringen die in de jeugd en de adolescentie al geassocieerd zijn met geestelijke pijn en die een blijvend engram (geheugenspoor) achterlaten. Omdat de voorste schors nog tot in de vroege volwassenheid rijpt, is met name het adolescentie brein gevoelig voor impulsiviteit en agressie, beide risicofactoren voor suïcide en poging tot suïcide.

Kan het zijn dat in uw geval negatieve ervaringen in uw jeugd meespelen?

Depressie

Depressie is een belangrijke risicofactor voor daadwerkelijke suïcide. Neerslachtige mensen hebben de neiging zich te schamen en zichzelf hun toestand te verwijten. Zij verliezen de hoop dat het ooit weer goed met hen zal gaan. In depressieve toestand is het moeilijk om hulp te zoeken en te praten over het verlies van het gewone zelfgevoel. Suïcidale gedachten komen veel voor, en er wordt vaak niet over gepraat.

Bij een depressie – die vaak het gevolg is van emotioneel stressvolle ervaringen – verandert het functioneren van het brein, en deze pathologische toestand is niet te boven te komen met wilskracht. Er is met name minder neurale activiteit in de voorste schors, waardoor het vermogen tot probleemoplossing beperkt is en de zelfwaarneming vaak negatief is ('Ik ben een mislukkeling, ik ben mijn familie tot last, het wordt nooit meer beter'). Dit alles kan leiden tot de gedachte dat suïcide de enige oplossing is. Het is daarom buitengewoon belangrijk om depressieve symptomen te herkennen en openlijk te praten over suïcidale gedachten. Ggz-professionals weten dat depressie goed te behandelen is, en als mensen zich eenmaal beter voelen, verdwijnen de suïcidale impulsen weer.

Ik denk dat depressie in mijn geval een rol speelt

Ik heb misschien andere psychische problemen

Beschrijf ze a.u.b. hieronder

U moet weten wat u moet doen wanneer u suïcidaal bent

De manier waarop wij omgaan met een emotionele crisis verschilt van persoon tot persoon en hangt van verscheidene factoren af. Veel mensen kunnen omgaan met geestelijke pijn, omdat ze geleerd hebben erop te vertrouwen dat de schijnbaar ondraaglijke toestand niet eeuwig duurt of ook omdat hun brein beter is uitgerust om extreme stress te hanteren. Voor de meeste mensen echter is het in tijden van crisis belangrijk om zich te wenden tot iemand die ze vertrouwen en met wie ze kunnen praten over hun innerlijke onrust. Als iemand een geschiedenis heeft met een of meer suïcidepogingen, is het buitengewoon belangrijk om zich bewust te zijn van vroege waarschuwingssignalen en te reageren voordat de suïcidale modus wordt ingeschakeld en emotionele impulsen en dissociatie het heft in

handen nemen. Na een suïcidepoging is het buitengewoon belangrijk om over een lijst met persoonlijke veiligheidsstrategieën te beschikken om het gevaarlijke verlies van realiteitszin te voorkomen. Zo'n lijst kan zelfhulpstrategieën bevatten, zoals de hond uitlaten of bij de burens langsgaan, maar vooral staan daarin de namen en contactgegevens van mensen tot wie zij zich kunnen wenden. Dat kunnen familieleden of vriend(inn)en zijn, of het zijn een nummer van de crisislijn, noodnummers van zorgprofessionals, zoals de huisarts, een psychiater, een psycholoog, die over de kennis en ervaring beschikken om iemand te helpen in een acute suïcidale crisis.

In mijn geval denk ik dat de volgende strategieën kunnen helpen:
1
2
3
4

Professionals en instellingen tot wie ik mij kan wenden:
1
2
3
4

Probeer a.u.b. de vragen te beantwoorden, en neem deze folder mee naar de volgende sessie.

Bij voorbaat dank!

naam, e-mailadres, telefoonnummer van ASSIP-therapeut

Beoordeling van het suïciderisico

Overgenomen uit NSW Department of Health. (2004). *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff*. Sydney: NSW Department of Health.

Bij het werken met suïcidale mensen is het van belang dat de therapeut het suïciderisico beoordeelt en de nodige maatregelen neemt ter bescherming van de patiënt. Omdat ASSIP is ontwikkeld als een aanvulling op de gebruikelijke behandeling, zien de auteurs meestal patiënten die zijn opgenomen op een psychiatrische afdeling of die ambulantly klinisch worden begeleid na een poging tot suïcide. Daarom wordt van een ASSIP-therapeut in deze setting niet verwacht dat die een volledig klinisch onderzoek doet, met inbegrip van een psychiatrische diagnose en een grondige beoordeling van het suïciderisico. Als een patiënt niet gelijktijdig professioneel intramuraal of ambulantly wordt verzorgd, kan het nodig zijn om aan het eind van elke sessie de risicobeoordeling te herhalen met behulp van het SSF. In geval van een acuut suïciderisico kan opname op een gesloten psychiatrische afdeling nodig zijn.

Veel suïcidale patiënten praten niet graag over hun suïcidale intenties, met name wanneer ze met vragen worden bestookt. Jobes (1995) heeft aangegeven dat er weliswaar een groot aantal suïcideriscoschalen is ontwikkeld, maar dat die in de klinische praktijk slechts zeer weinig worden gebruikt. Schalen voor suïciderisicobeoordeling kunnen een inschatting geven van het suïciderisico op de lange termijn. De beoordeling van het huidige suïciderisico (dat wil zeggen nu en in de komende dagen) vereist een individueel psychiatrisch onderzoek, idealiter als een gezamenlijk proces, in samenhang met narratief onderzoek, een benadering die Jobes 'therapeutisch onderzoek' (*therapeutic assessment*) noemt. Wanneer we suïcidale patiënten zien, moeten we in gedachten houden dat zij zich vaak schamen en een laag zelfbeeld hebben. Een vertrouwensbasis, die een betrouwbare inschatting van het huidige suïciderisico mogelijk maakt, is alleen mogelijk wanneer patiënten het gevoel hebben dat ze serieus worden genomen en dat de therapeut probeert de persoonlijke omstandigheden van hun suïcidale crisis te begrijpen. Jobes (2006, 2010) ontwikkelde een semi-gestructureerd interviewmodel (Suicide Status Form [SSF-III], zie bijlage 5), dat in onze ervaring een uitstekend instrument is voor de inschatting van acute suïcidaliteit, overeenkomstig de patiëntgerichte, op samenwerking gebaseerde benadering van ASSIP.

De auteurs gebruiken het SSF-III aan het eind van de eerste sessie, na het narratieve interview. Het is essentieel dat therapeut en patiënt naast elkaar zitten (zie figuur 3 in paragraaf 3.1.1) en dat de therapeut de verschillende vragen kort uitlegt voordat de patiënt het formulier invult. Het is nuttig gebleken om item 1 tot en met 5 twee keer te beantwoorden: eerst voor het moment van de recente suïcidale crisis, en nog een keer voor hier en nu. Na het narratieve interview, dat vaak emotioneel is, is het SSF een nuttig middel om iemand te ondervragen vanwege de duidelijk gestructureerde vragen die focussen op veelvoorkomende aspecten van acute suïcidaliteit.

In onderzoek naar suïciderisicofactoren (zie ook paragraaf 2.2.3) is een groot aantal persoonlijke en klinische risicofactoren naar voren gekomen. Hoewel die relevant zijn voor de beoordeling van het suïciderisico op de lange termijn, zijn ze vaak niet erg geschikt voor de beoordeling van acute suïcidaliteit. Niettemin zal in een uitgebreide beoordeling van het suïciderisico naast het SSF-III een lijst vragen worden gesteld over de relevante persoonlijke en klinische aspecten van suïcidaliteit.

Lijdensdruk, geestelijke pijn

Wat is de aard en de intensiteit van de innerlijke lijdensdruk en pijn van deze persoon?

Wat zijn de belangrijkste bronnen van lijdensdruk?

Betekenis, motivatie

In hoeverre begrijpt de persoon zijn huidige gevaarlijke toestand? Hoe ziet de persoon de betekenis van recente gebeurtenissen?

Wat brengt de persoon ertoe om zichzelf te beschadigen?

Gelooft de persoon dat het mogelijk is dat zijn of haar toestand verandert en dat hij of zij dit zelf voor elkaar kan krijgen?

Risicovolle geestestoestanden

Geestestoestanden die geassocieerd zijn met een verhoogd suïciderisico zijn onder meer: hoopeloosheid, vertwijfeling, onrust, schaamte, woede, schuldgevoelens en psychotische symptomen. Behandelaars moeten letten op en rechtstreeks vragen naar dergelijke gevoelens. Bij de psychiatrische diagnose zijn met name huidige depressieve symptomen een risicofactor.

Geschiedenis van suïcidaal gedrag

Heeft de persoon zichzelf eerder beschadigd?

Wat waren de details en omstandigheden van de eerdere poging(en)?

Zijn de huidige omstandigheden vergelijkbaar?

Is er een geschiedenis van suïcide bij een familielid of vriend(in)?

Huidige suïcidale gedachten

Zijn er suïcidale gedachten en gevoelens aanwezig?

Wat zijn dat voor gedachten (bepaal de inhoud, bijvoorbeeld schuldgevoelens, wanen of gedachten aan hereniging)?

Wanneer zijn deze gedachten begonnen?

Hoe vaak komen ze voor?

Hoe persistent zijn ze?

Heeft de persoon ze onder controle?

Wat heeft de persoon er tot dusver van weerhouden om naar deze gedachten te handelen?

Omstandigheden van suïcidepoging

Welke gebeurtenissen hebben de suïcidepoging getriggerd (relatiebreuk, verlies van werk, andere verlieservaring)?

Heeft de persoon zijn zaken geregeld, bijvoorbeeld een testament opgesteld, regelingen getroffen voor huisdieren, afscheid genomen, bezittingen weggegeven?

Letaliteit van middelen

Is de gekozen methode onomkeerbaar, bijvoorbeeld schieten, springen?

Heeft de persoon gezocht naar informatie over methoden van suïcide of beschikt hij of zij over bepaalde kennis van dodelijke middelen?

Copingvermogen

Is de persoon in staat tot het aangaan van een therapeutische alliantie/partnerschap?

Weet de persoon dat hij of zij over bepaalde sterke kanten of effectieve copingstrategieën beschikt?

Hoe heeft de persoon eerdere levensgebeurtenissen en stressoren gehanteerd? Wat zijn mogelijke probleemoplossingsstrategieën?

Heeft de persoon ondersteuning uit de sociale omgeving of in de buurt (bijvoorbeeld familie, vriend(inn)en, kerk, huisarts)?

Kan de persoon deze inzetten?

Is de persoon gemotiveerd om zich aan het behandelplan te houden?

Heeft de persoon een geschiedenis van agressie of impulsief gedrag? (Agressie en impulsiviteit maken de risicostatus minder voorspelbaar.)

Behandeling van het suïciderisico

De stappen die na een poging tot suïcide worden gedaan, moeten rechtstreeks verband houden met de inschatting van de suïcidaliteit van de patiënt. Een belangrijk aspect is het vertrouwen dat de therapeut heeft in de inschatting. Weigering van hulp, geen goede verstandhouding, ambivalentie en een beperkte betrokkenheid bij de beoordeling zijn redenen om te besluiten tot een hoog suïciderisico. Andere grote risico's zijn ernstige depressie, psychotische symptomen, middelenintoxicatie, woede en vijandigheid. Voor patiënten met een hoog risico of bij wie het vertrouwen in de juistheid van het beoordeelde risiconiveau laag is, of bij een grote veranderlijkheid in de persoon of diens omgeving moet binnen 24 uur een persoonlijke herbeoordeling plaatsvinden. Er moet een noodplan voor snelle herbeoordeling worden gemaakt.

Het besluit om een patiënt op te nemen moet op klinische gronden worden genomen en indien mogelijk met betrokkenheid van de patiënt. Patiënten met een verhoogd risico hebben een veilige intramurale omgeving nodig, met of zonder gedwongen opname. Ze moeten goed in de gaten worden gehouden. De risico-inschatting moet binnen 24 uur worden herhaald. Het kan nodig zijn om speciale antisuïcidale maatregelen te nemen, zoals het verwijderen van gevaarlijke voorwerpen, regels voor uitgaan en beperkt contact met anderen. Met patiënten met een matig of laag risico kan een vervolgspraak worden gemaakt, idealiter binnen 48 uur en indien mogelijk met de zorgprofessional die het eerste klinische onderzoek heeft gedaan. Met patiënten die niet op komen dagen moet telefonisch contact worden opgenomen of zij moeten thuis worden bezocht. Het voorschrijven van psychotrope medicatie hangt af van de diagnose en ernst van de psychopathologie. In geval van acute suïcidaliteit kunnen benzodiazepines helpen om de spanning te verminderen.

Het wordt niet aangeraden te vertrouwen op zogenoemde non-suïcidecontracten. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke contracten waren aangegaan bij de meeste van de suïcides die plaatsvonden in een intramurale instelling voor acute zorg (Busch, Fawcett, & Jacobs, 2003; Kroll, 2000). Als praktisch alternatief voor een non-suïcidecontract raden Rudd et al. (2006) een verklaring van verplichting tot behandeling aan, die bedoeld is om de betrokkenheid bij de behandeling zeker te stellen.

Aanbevolen literatuur

NSW Department of Health (2004). *Framework for suicide risk assessment and management for NSW health staff, 2004*. Sydney: NSW Department of Health. Geraadpleegd op <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/suicide-risk.pdf>

American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Geraadpleegd op http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

Suicide Status Form (SSF-III)

Met toestemming overgenomen uit *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*.

© Copyright 2006 The Guilford Press.

Zie voor informatie over het afnemen van dit formulier paragraaf 3.4.3 en het kader Suicide Status Form (SSF-III).

Onderdeel A (Patiënt):

Score elk item aan de hand van hoe u zich nu voelt en vul dit in.

Rangorde Bepaal vervolgens het belang van 1 tot 5 (1 = *belangrijkst* tot 5 = *minst belangrijk*).

	1) SCOOR PSYCHISCHE PIJN (<i>leed, verdriet of ellende in uw geest, niet stress, niet lichamelijke pijn</i>): weinig pijn 1 2 3 4 5 veel pijn Het pijnlijkst vind ik: _____
	2) SCOOR STRESS (<i>uw algemene gevoel van onder druk staan of overweldigd zijn</i>): weinig stress 1 2 3 4 5 veel stress Het stressvolst vind ik: _____
	3) SCOOR ONRUST (<i>emotionele aandrang; gevoel dat u iets moet doen; niet irritatie; niet ergernis</i>): weinig onrust 1 2 3 4 5 veel onrust Ik heb het sterkst het gevoel dat ik iets moet doen wanneer: _____
	4) SCOOR HOPELOOSHEID (<i>uw verwachting dat het nooit beter wordt, wat u ook doet</i>): weinig hopeloosheid 1 2 3 4 5 veel hopeloosheid Ik voel me het hopeloos over: _____
	5) SCOOR ZELFHAAT (<i>uw algemene gevoel dat u een hekel aan uzelf hebt; geen gevoel van eigenwaarde; geen zelfrespect</i>): weinig zelfhaat 1 2 3 4 5 veel zelfhaat De grootste hekel aan mezelf heb ik wat betreft: _____
n.v.t.	6) SCOOR ALGEMEEN RISICO OP SUÏCIDE: zeer laag risico 1 2 3 4 5 zeer hoog risico (zal zichzelf niet doden) (zal zichzelf doden)

1 Hoeveel heeft suïcidaal zijn te maken met gedachten en gevoelens over uzelf?

niets 1 2 3 4 5 alles

2 Hoeveel heeft suïcidaal zijn te maken met gedachten en gevoelens over anderen?

niets 1 2 3 4 5 alles

Geef hieronder aan welke redenen u hebt om te willen leven en welke redenen om dood te willen zijn. Bepaal vervolgens het belang van 1 tot 5.

Rangorde	Redenen om te leven	Rangorde	Redenen om dood te gaan

Ik wil in de volgende mate leven: helemaal niet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 heel graag

Ik wil in de volgende mate doodgaan: helemaal niet 0 1 2 3 4 5 6 7 8 heel graag

Het enige wat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen zou zijn: _____

Toestemmingsformulier voor video-opname

ASSIP: kortdurende therapie na een suïcidale crisis

Video-opname van het initiële interview

Toestemmingsformulier

Ondergetekende geeft toestemming voor het op video opnemen van de therapiesessie. De opname wordt gebruikt in de tweede sessie (afspelen video) en in de vierde sessie (oefenen met veiligheidsstrategieën). Daarnaast kan de video-opname uitsluitend worden gebruikt door de verantwoordelijke ASSIP-therapeut en zijn of haar supervisor.

De opname, inclusief de naam en gegevens van de persoon en de namen en informatie van alle andere in het interview genoemde personen, worden strikt beschermd tegen ongeautoriseerde toegang. De ASSIP-therapeut bevestigt met onderstaande handtekening de verantwoordelijkheid voor de vertrouwelijkheidsovereenkomst.

Ondergetekende patiënt heeft het recht om deze overeenkomst op ieder moment in te trekken en te verzoeken om wissen van de video-opname.

Datum: _____

Ik bevestig dat ik ben geïnformeerd over het doel van de video-opname en dat ik deze overeenkomst heb gelezen en begrepen.

Handtekening patiënt: _____

Ik bevestig dat ik verantwoordelijk ben voor het naleven van de hierboven genoemde vertrouwelijkheid.

Handtekening therapeut: _____