

After the storm

Hoe het Brugs model voor oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie hulpverleners kan ondersteunen na de zelfdoding van een cliënt.

Diede Michiels

Korzybski Instituut

28 mei 2023

Inhoud

Voorwoord	4
1. Kader	5
1.1 Prevalentie.....	5
1.2 Het Brugs Model voor oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie.....	5
1.3 Hulpverlener als nabestaande.....	6
1.4 De invloed van de definitie.....	7
1.5 Conclusie	7
2. Zelfdoding als beperking	8
2.1 Beperkingen en problemen.....	8
2.2 Conclusie	9
3. Aanvaarding.....	9
3.1 De werkelijkheid van het verlies onder ogen zien.	10
3.1.1 Verdoving en ontkenning	10
3.1.2 Begrijpen	10
3.2 De pijn van het verlies ervaren	11
3.2.1 Het niet-voelen.....	12
3.2.2. Pijn zijn of pijn doen	12
3.2.3 Pijn als waardevolle emotie	13
3.3 Aanpassen aan de wereld na verlies	14
3.3.1 Existentiële keuzes	14
3.3.2 Hulpverlener in relatie met anderen.....	15
3.3.3 Hoop, geloof en vertrouwen	15
3.3.4 Vastlopen.....	16
3.4 Herinneren en weer leren genieten	17
3.4.1 Vasthouden	18
3.4.2 Interactie met het verlorene	18
3.4.3 SFT technieken	19
3.5 Conclusie	20
4. Wat helpt nog meer?	20
4.1 Contact met anderen	20
4.1.1 Collega's	20
4.1.2 Andere nabestaanden	21

4.1.3 Persoonlijke omgeving	21
4.2 Overige hulpmiddelen	21
4.3 Conclusie	22
5. Emotionele responsen	22
5.1 Verantwoordelijkheid en schuld	22
5.1.1 Het mandaat van de hulpverlener	22
5.2 Schaamte	25
5.3 Conclusie	25
Nawoord	26
Bijlage	28
Triagetool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk	28
Bibliografie	30

Voorwoord

Maandagochtend, juli 2022. Een e-mail in mijn inbox. Niet de gebruikelijke afmeldingen of uitnodiging voor een lezing, maar een rouwkaart. Een rouwkaart van een van mijn cliënten met de boodschap dat hij de week ervoor uit het leven is gestapt. Verbijstering maakt van mij meester. Over een kwartier komt mijn eerste cliënt van die dag. Wat doe ik? Afzeggen? Door laten gaan? Ik schuif het nieuws aan de kant en verplaats me in mijn rol van therapeut. In de pauze zal ik een rouwkaart kopen en vanavond zal ik er wel bij stil staan. Dat doe ik, een soort van... Dagen, weken, maanden gaan voorbij waarbij ik af en toe vertel wat er gebeurd is zonder de emoties binnen te laten. Mijn verstand heeft het allemaal gerelativeerd, dus dat kan ik aan. Tot een collega van desbetreffende cliënt terug bij mij op gesprek komt, wetende dat de overleden cliënt ook bij mij in begeleiding was. Ze is bang dat zij dezelfde weg op zou gaan als de overleden cliënt. Het onderwerp wordt terug aangesneden en ik voel me ineens onzeker. Kan ik haar helpen? Kan ik mijn emoties de baas blijven als ik haar blijf zien? Hoe hou ik de balans tussen mens-zijn en therapeut-zijn? Welke impact heeft de zelfdoding eigenlijk echt gehad? Ik wil hierin duiken, andere ervaringen horen, lezen wat onderzoek erover te zeggen heeft. Ik besluit mijn eindwerk erover te schrijven.

Een van de meest krachtige aspecten aan het oplossingsgerichte model is voor mij zijn mensvisie en visie op verandering. De fundamentele overtuiging dat mensen gewoontes ontwikkelen die hen helpen te overleven (Isebaert, 2022). Wat gebeurt er als een cliënt het niet overleeft? Wat als dat wat hij/zij kiest net een keuze is die lijkt in te druisen tegen alles wat we als hulpverlener proberen te doen? Wat is onze rol dan nog? Hoe kunnen we het eerste en het tweede verzoenen? Hoe kan ook dit ons verder helpen? Welke meerwaarde biedt het oplossingsgerichte model voor ons als hulpverlener?

Omwille van de persoonlijke kant van het onderwerp en omdat ik mij mede stoel op mijn eigen ervaring, spreek ik doorheen het werk regelmatig vanuit een wij-perspectief. Hiermee worden alle hulpverleners bedoeld die een bijdrage hebben geleverd aan dit werk, inclusief mezelf.

1. Kader

1.1 Prevalentie

Jaarlijks overlijden er wereldwijd meer dan 700.000 mensen aan zelfdoding (World Health Organization: WHO, 2021). In België overleden in 2018 1.792 personen ten gevolge van suïcide, waarvan 1.283 mannen en 509 vrouwen (Gijzen & Portzky, 2021). De suïcidecijfers in België liggen boven het gemiddelde, zowel op Europees als wereldwijd niveau (Gijzen & Portzky, 2021). Het gegeven dat de Belgische gemiddeldes hoger liggen kan mede te maken hebben met de verschillen in rapportering. Deze getallen zijn mogelijk een onderschatting omdat er elk jaar ook sterfgevallen zijn waarbij de doodsoorzaak moeilijk te achterhalen is en wereldwijd de rapportering niet even betrouwbaar is (Gijzen & Portzky, 2021; World Health Organization: WHO, 2021).

Gezien bovenstaande cijfers is de kans reëel dat een hulpverlener in zijn/haar carrière te maken krijgt met een zelfdoding van een cliënt. Echter is er weinig onderzoek naar de prevalentie van hulpverleners die in hun carrière een suïcide meemaken. Een studie van Chemtob et al. (1988) verklaarde dat 51% van de respondenten een zelfdoding van een cliënt meemaakte. Er werden geen significante verschillen gevonden op basis van leeftijd of jaren ervaring tussen degene die het wel en niet hadden meegemaakt. Wel vonden ze een verminderde kans op een zelfdoding bij psychiaters die meer training hadden gehad. Dit laatste resultaat is niet eenduidig te interpreteren aangezien psychiaters met meer formele training mogelijks minder in contact komen met suïcidale cliënten omwille van bijvoorbeeld andere opleidingsverplichtingen of omdat zij met een anders afgebakende doelgroep werken (Chemtob et al., 1988). De reacties van hulpverleners lijken veel op die van familie en naasten na zelfdoding, zowel qua vorm als intensiteit (Andriessen, 2005). Schock, rouw, schuldgevoel, angst, angst voor blaam, zelftwijfel, schaamte, boosheid, verraad en opluchting zijn veelvoorkomende emotionele reacties (Hendin et al., 2000; Andriessen, 2005). De intensiteit van de emotionele reacties bleek minder bij meer jaren werkervaring (Chemtob, 1988). Uit een onderzoek onder Vlaamse psychiaters bleek dat er enkel een significant verschil was tussen mannen (10%) en vrouwen (31%) wat betreft gerapporteerde gevoelens van falen en verslagenheid (Rothés et al., 2013). Verder waren er geen significante verschillen in emotionele reacties tussen gender of leeftijdscategorieën (Rothés et al., 2013).

1.2 Het Brugs Model voor oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie

Dit eindwerk hanteert het Brugs model voor oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie als leidraad om te komen tot nieuwe perspectieven op de verwerking van een zelfdoding van een cliënt. Het Brugs model is een oplossingsgericht model met eigen nadrukken en aanvullingen. Binnen het Brugs model wordt therapie gezien als het herstellen van vrijheid van keuze (Le Fevere de Ten Hove, 2007; Korzybski.be, z.d.). De aandacht ligt daarbij op de eigen doelstellingen van de patiënt, zijn competenties en de uitzonderingen van het symptoomgedrag. De oplossingsgerichte visie vertrekt in de kern vanuit een aantal uitgangspunten (Ten Hove, 2008):

- Mensen hebben zelfhelende krachten die uniek zijn voor ieder persoon.
- De oorzaak van het probleem zegt (vaak) niets over de oplossing.
- De mogelijkheid om keuzes te maken is essentieel.

Therapeuten binnen het Brugs model proberen verandering te stimuleren aan de hand van een aantal basisprincipes. Hieronder worden er enkele kort uitgelicht die doorheen het eindwerk relevant zijn gebleken op basis van de inzichten van De Bisscop (2018) en Isebaert (2022):

- De cliënt is de expert in doelstellingen, keuzes, resources en vaardigheden.
- Therapie gaat over het veranderen van gewoontes.
- Therapie gaat over hoe we ons anders gaan gedragen in onze interacties met de realiteit.
- Sta stil bij wat de cliënt nog goed doet, alle cliënten hebben resources¹ om hun problemen op te lossen of beperkingen te aanvaarden.
- Verandering is onvermijdelijk.
- Verandering is er altijd, continuïteit ook.
- Utilisatie: haal alle oplossingen uit de cliënt en zijn omgeving.
- Leg de focus op periodes waarin het probleem is opgelost.
- Iedereen heeft verschillende keuzemogelijkheden.
- Cliënten zijn altijd voor iets gemotiveerd.
- Er is een verschil tussen problemen (moeilijkheden waar wel een haalbare oplossing voor is) en beperkingen (moeilijkheden waar geen haalbare oplossing voor is).

In dit eindwerk worden verschillende perspectieven gehanteerd. Ten eerste worden de hulpverleners gezien als de cliënten. Zij zijn degene die om moeten leren gaan met de moeilijkheden na een zelfdoding. Als we als hulpverleners naar onszelf kunnen kijken vanuit het Brugs model vinden we misschien nieuwe manieren om om te gaan met het verlies. Ten tweede kan de oplossingsgerichte visie een andere kijk geven op de keuze van de cliënt om zijn leven te beëindigen. Er wordt in dit eindwerk gezocht naar hoe de semantiek verbreed kan worden, oftewel; hoe een andere betekenis gegeven kan worden aan de gebeurtenissen.

1.3 Hulpverlener als nabestaande

Hulpverleners worden vaak niet erkend als nabestaande of rouwende. Doka (2008) introduceert hiervoor de term: *disenfranchised grief*, oftewel: niet-erkende rouw. De samenleving heeft bepaalde (ongeschreven) regels over hoe we omgaan met verlies en verdriet. Bij niet-erkende rouw wordt de rouwende om een of andere reden uitgesloten. Het draait hierbij om verliezen die door de maatschappij en soms ook door de rouwendenden niet als dusdanig worden herkend en erkend (Keirse, 2020). De verliezen worden niet (h)erkend omwille van: de aard van de relatie (bv. Buren, hulpverleners, ex-partners,...), aspecten van de persoon in kwestie (bv. Kinderen, personen met een handicap,...), de constitutie van het verlies (bv. Bij dementie, contactbreuk, levenslange hechtenis, huisdieren,...), de kwaliteit van de relatie die niet aan de norm beantwoordt (bv. Een ouder die niet kon klaarstaan voor het kind), het niet tastbaar zijn van verlies (bv. Reorganisatie, onrecht, verandering van leefgroep,...). Het gegeven dat hulpverleners vaak niet gezien worden als nabestaanden kan

¹ Resources zijn hulpbronnen, de sterke kanten die voor iedere persoon specifiek zijn. Milton Erickson introduceerde dit begrip en ging er vanuit dat iedereen voldoende resources heeft om met zijn problemen om te gaan (Le Fevere de Ten Hove, 2007)

resulteren in extra hindernissen binnen hun rouwproces. Zo worden ze bijvoorbeeld niet altijd uitgenodigd voor uitvaarten of afscheidsrituelen. Het bijwonen van een uitvaart wordt door meer dan de helft van de hulpverleners wel als helpend ervaren (Andriessen, 2005). Ook kan er impliciet verwacht worden dat hulpverleners naasten (andere cliënten of familieleden) ondersteunen en zelf geen behoefte hebben aan ondersteuning waardoor zij het risico lopen hun eigen emoties niet te erkennen, te verkleinen of weg te duwen.

Naast de ongeschreven regels en verwachtingen wordt niet-erkende rouw door het juridische systeem bemoeilijkt. De Belgische wetgeving onderschrijft enkel rouwverlof voor eerste en tweedegraads familieleden, inclusief pleegfamilie (Lijst klein verlet | Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg, z.d.). Een groot scala aan relaties en verliezen valt buiten deze lijst, waaronder het verlies van een cliënt. Hulpverleners kunnen zich daardoor extra bezwaard voelen om verlof op te pakken als ze de behoefte hebben om bijvoorbeeld een uitvaart bij te wonen.

Een stap in het verwerken van de zelfdoding van cliënten kan dus liggen in het erkennen van hulpverleners als nabestaanden en dit integreren in het wetstelsysteem. Dit vergroot mogelijks de ruimte die hulpverleners voelen om hun verliezen bespreekbaar te maken en te rouwen.

1.4 De invloed van de definitie

Volgens van Dale (2022) wordt *hulpverlener* als volgt gedefinieerd: iemand die medische, sociale hulp verleent. De definitie van *hulp* omvat onder andere: bijstand, steun, ondersteuning, redding. Deze definities liggen in lijn met de taak die hulpverleners zichzelf opleggen en hoe de maatschappij naar hen kijkt. Het is “waar we voor betaald worden” en waarom velen ervoor kiezen de functie te vervullen. Het woord redding impliceert echter dat we als hulpverlener iemand uit gevaar of moeilijkheden halen. Dit lijkt in te gaan tegen wat er gebeurt bij zelfdoding. We hebben het gevoel dat we de cliënt niet hebben kunnen redden en zouden dus niet voldoen aan de definitie van hulpverlener, laat staan dat we een *goede* hulpverlener zijn (zie meer: 3.3.1 *Existentiële keuzes*). Als we de andere definitie (steun, bijstand, ondersteuning) hanteren, kunnen we een zeker mate van mildheid toevoegen. We kunnen cliënten niet redden. We kunnen wel steun of bijstand verlenen. Dit sluit aan bij het oplossingsgerichte idee dat de cliënt de expert is in welke doelstellingen worden nagestreefd (Isebaert, 2021). Zij staan aan het stuur en als hulpverlener kunnen we de cliënten bewust maken van de keuzevrijheid die zij hebben. De hulpverlener zien als een ondersteuner, eerder dan een redder is dus een semantische keuze en kan het verantwoordelijkheidsgevoel voor de zelfdoding verlichten.

1.5 Conclusie

Gezien de prevalentie en impact op naasten van suïcide is het belangrijk aandacht te geven aan alle betrokken nabestaanden. Hulpverleners worden vaak vergeten als nabestaanden wat hun rouwproces bemoeilijkt. Op basis van het Brugs model wordt doorheen dit verslag stil gestaan bij de effecten en problemen waarmee hulpverleners te kampen hebben na een zelfdoding van een cliënt. Daarbij is er extra aandacht voor

hulpbronnen, zodat ook hulpverleners de kans krijgen om een volwaardig te kunnen rouwen. De manier waarop we de definitie van hulpverlener hanteren geeft ten slotte mogelijkheden om nieuwe perspectieven aan te nemen.

2. Zelfdoding als beperking

2.1 Beperkingen en problemen

Zelfdoding van een cliënt kan binnen het Brugs model gezien worden als een beperking. Een beperking is een moeilijkheid waar geen haalbare oplossing voor gevonden kan worden (Isebaert, 2022). In zekere zin zijn alle keuzes die de cliënt maakt een beperking voor de therapeut. De cliënt kiest een bepaalde richting die we als hulpverlener moeten volgen. In het geval van suïcide kunnen we echter niet op de keuze terugkomen. We kunnen het in geen mogelijkheid meer bevragen of er over reflecteren met de cliënt. We kunnen als hulpverlener niet de tijd terugdraaien en proberen verandering aan te brengen in de keuze van de cliënt. Bij zelfdoding kan het verlangen om terug te keren en andere keuzes te maken voor hulpverleners nog sterker aanvoelen dan bij andere beperkingen. Het is belangrijk dat we opmerkzaam zijn om van een beperking geen probleem te maken. Dit zorgt namelijk enkel voor frustratie (Le Fevere de Ten Hove, 2007). Het enige wat we met deze en andere beperkingen kunnen doen is ze aanvaarden en, indien mogelijk, de emotionele impact verminderen zodat we energie kunnen besteden aan de problemen en wat we wel kunnen veranderen (Isebaert, 2022).

Dit neemt niet weg dat de impact van een zelfdoding op de therapeut of hulpverlener wel als een probleem kan worden ervaren. In tegenstelling tot een beperking is een probleem een moeilijkheid waar wel een haalbare oplossing voor gevonden kan worden (Isebaert, 2022). Hulpverleners noemen een suïcide een van de meest kwellende gebeurtenissen in hun carrière (Alexander, 2000). De suïcide kan het therapeutisch handelen en het persoonlijk leven van de hulpverlener beïnvloeden. Naast de emotionele reacties zoals beschreven in het hoofdstuk *Prevalentie* vinden er gedragsveranderingen plaats (Alexander, 2000; Andriessen, 2005; Weiner, 2012; Rothés, 2013;). Verhoogde voorzichtigheid wordt door het grootste deel van de hulpverleners gerapporteerd als reactie in het professioneel handelen (Andriessen, 2005). Dit kan zich op verschillende manieren uiten, bijvoorbeeld door meer verslaglegging of communicatie (De Waele & Erauw, 2010). Psychiaters in het onderzoek van Rothés (2013) gaven aan dat ze zelfdoding sneller bespreekbaar maakten en kritischer naar procedures voor suïcidepreventie keken. Daarnaast gaan hulpverleners sneller laag-risicoclienten opnemen of minder snel toestemming geven om een residentiële setting te verlaten (Andriessen, 2005; Rothés, 2013). Uit zelfbescherming verwijzen sommige hulpverleners ernstig depressieve cliënten eerder door of nemen ze geen cliënten met een suïcide indicatie meer aan (Andriessen, 2005). Een deel van de psychiaters onderzocht door Alexander (2000) gaf zelfs aan serieus te overwegen om te stoppen met het werk. Rothés (2013) rapporteerde daarnaast dat de zelfdoding ook een invloed had op het persoonlijk leven van de psychiaters. Zo had een deel van hen meer aandacht voor work-life balance, waren ze meer of juist minder bereikbaar voor hun cliënten buiten de uren en voelden sommigen van hen een grotere algemene onzekerheid. Deze hoeven niet direct als problemen te worden gecategoriseerd. Echter kunnen ze hulpverleners wel in de weg staan om hun beroep uit te oefenen zoals ze graag zouden willen. Met het Brugs model in het achterhoofd zouden we hulpverleners kunnen

stimuleren om bewust stil te staan bij hun handelingen als reactie op de zelfdoding om zo de keuzevrijheid terug te vergroten. Welke stukken willen ze behouden en welke zouden ze het liefst anders invullen?

Na de suïcide wilde ik een tijd niet meer werken met suïcidale cliënten. Op mijn website haalde ik de doelgroep “depressie” van mijn lijst met expertises.

2.2 Conclusie

De gebeurtenis van een zelfdoding van een cliënt kan binnen het Brugs model gecategoriseerd worden als een beperking. De gevolgen kunnen echter als problemen ervaren worden. Bovenstaande responsen van hulpverleners na een zelfdoding bezitten allemaal in meer of mindere mate constructieve eigenschappen die hulpverleners laten groeien in het werken met (suïcidale) cliënten. Tegelijkertijd kunnen hulpverleners vast komen te zitten in de emotionele, gedragsmatige en/of cognitieve reacties. Bewust stil staan bij de deze reacties en kiezen welke behouden mogen worden kan een stap zijn in het rouwproces. De rest van dit eindwerk richt zich op de vraag hoe we kunnen leven met zelfdoding als beperking en om kunnen gaan met de problemen die erbij komen kijken. Er zullen, naast theorie en analyses, suggesties gegeven worden over tools of inzichten die kunnen helpen bij het rouwproces.

3. Aanvaarding

Manu Keirse schrijft in zijn boek: *Helpen bij verlies en verdriet (2020)* dat we, terwijl we rouwen, stapsgewijs enkele taken vervullen om het verlies te overleven en uiteindelijk toe te werken naar een aanvaarding. Een belangrijk onderdeel hiervan is de realiteit van het verlies onder ogen zien. Dit ligt in lijn met de visie van het Brugs model over omgaan met een beperking, waar ook gestreefd wordt naar acceptatie. De taken die Keirse (2020) onderscheidt zijn:

1. De werkelijkheid van het verlies onder ogen zien.
2. De pijn van het verlies ervaren.
3. Aanpassen aan de wereld na verlies.
4. Herinneren en weer leren genieten.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het onderscheid in de rouwtaken als zodanig expert-gestuurd kan overkomen. Een rouwproces is echter voor iedereen uniek, zo ook voor hulpverleners. Het daadwerkelijke proces van acceptatie is voor iedereen anders en mogelijk zal niet iedereen de taken op deze manier doorlopen. Sommige mensen zullen geen behoefte hebben om toe te werken naar aanvaarding. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en structuur van het eindwerk is aangenomen dat hulpverleners voor zichzelf toch werken naar een bepaalde acceptatie en dat de taken zoals Keirse (2020) ze omschrijft deel uitmaken van het rouwproces van velen.

3.1 De werkelijkheid van het verlies onder ogen zien.

3.1.1 Verdoving en ontkenning

Zoals bij elk verlies moet de situatie zoals hij is onder ogen worden gezien. Verdoving en ontkenning zijn normale reacties kort na het vernemen van het overlijden. Zoals elk symptoom hebben ook verdoving en ontkenning een functie. De ontkenning is een poging om datgene wat te zwaar is om te dragen een tijdje op te schorten tot je het weer aan kunt (Keirse, 2020). Ontkenning is een cognitieve vaardigheid om niet te erkennen wat er gebeurd is, een negatie (van Dale, z.d.). Verdoving heeft een soortgelijke functie. Verdoving is een emotioneel proces waarbij gevoelens niet direct binnen komen, het gevoelloos maken (van Dale, z.d.). Het geeft je emoties de tijd om af te rekenen met wat het verstand je heeft gezegd (Keirse, 2020). In het geval van zelfdoding van een cliënt kunnen ontkenning en verdoving helpen te blijven functioneren voor andere cliënten. Indien hulpverleners niet direct de mogelijkheid hebben om het verlies binnen te laten komen, zorgen deze twee ervoor dat de gewoontes die we hebben ontwikkeld nog even stand kunnen houden. Hierdoor kan het lijden van andere cliënten beter te verdragen zijn. Wanneer de zelfdoding bijvoorbeeld plaats vindt in een residentiële setting worden hulpverleners geacht de afdeling draaiende te houden. Doordat de realiteit niet direct binnen komt kan voldaan worden aan de behoeften van de andere cliënten.

I was shocked but tucked the rising feelings back inside neatly and went through my workday knowing that I had six hourly sessions to complete and I needed to be available emotionally to those living. (Weiner, 2012)

3.1.2 Begrijpen

Om de realiteit onder ogen te zien is het volgens Keirse (2020) belangrijk te begrijpen hoe het verlies heeft kunnen gebeuren. De onverwachtheid van een zelfdoding wordt door hulpverleners als het meest traumatiserende aspect geïdentificeerd (Morris, 1995). Hierdoor ontstaat een tegenstrijdigheid. Enerzijds kunnen we er als hulpverlener vanuit gaan dat de cliënt die om hulp vraagt worstelt met aspecten van zijn leven waar hijzelf op dat moment geen passende oplossing voor vindt. Er is lijden. Er is een risico op zelfdoding. Anderzijds lichten cliënten hulpverleners zelden in op het precieze moment dat ze de daad verrichten. Ondanks de wetenschap dat cliënten het moeilijk hebben kan een (onverwachte) zelfdoding voor de hulpverlener onbegrijpelijk aanvoelen. Binnen het oplossingsgericht model wordt er sterk de nadruk gelegd op de kleine verbeteringen. Sommige therapeuten beginnen elk gesprek met wat er beter ging afgelopen periode. Na een zelfdoding kan dit het gevoel van tegenstrijdigheid vergroten. Als we samen hebben gezocht naar de betere momenten gaan we er, misschien onterecht, van uit dat er terug redenen zijn om nog even vol te houden. Het blijft belangrijk om elke keer af te toetsen waar de cliënt staat.

Het laatste gesprek ging over zijn verandering van werk. Ik had de hoop dat het loskomen van de stressvolle relatie met zijn werkgever uiteindelijk als een succeservaring zou dienen. Als hij net deze veranderingen had aangebracht, waarom gaf dit niet voldoende hoop op verbetering? Waarom beëindigde hij dan alsnog zijn leven? Achteraf bleek dat hij terug drugs was gaan gebruiken. Een onderwerp dat moeilijk bespreekbaar was tijdens de begeleiding. Van zijn omgeving hoorde ik dat hij had gezegd: "Als ik ooit terug met drugs begin, maak ik er een eind aan. Nogmaals daarmee stoppen kan ik niet aan." Ik begreep zijn keuze hierdoor beter.

Begrip voor wat er gebeurd is kan op meerdere manieren worden vergroot. In sommige gevallen van zelfdoding zijn familie of vrienden bereid om te spreken met de hulpverleners. Hulpverleners geven aan dat dit een meerwaarde kan zijn in het rouwproces (Andriessen, 2005). De moeilijkheid hierbij is dat hulpverleners gebonden zijn aan het beroepsgeheim en dus afhankelijk zijn van het initiatief van anderen om het gesprek aan te gaan met het netwerk van de cliënt. Een gesprek met nabestaanden levert ook risico's op. Andere nabestaanden zijn vaak ook op zoek naar meer begrip voor de situatie en hopen soms door een gesprek met hulpverleners een beter beeld te krijgen van de beweegredenen van de overledene. Zwijgplicht blijft echter van kracht na een overlijden waardoor er een dunne lijn bewandeld moet worden. Als dit haalbaar lijkt voor de hulpverlener kan hij/zij ervoor kiezen om nabestaande hun verhaal te laten doen zonder zelf al te veel informatie te verschaffen. Over het contact met de omgeving van de cliënt staat meer beschreven in hoofdstuk 4.1.2.

I was hoping it [talking to clients sister red.] would explain exactly what had happened and why the suicide occurred. Perhaps I was bargaining that if I had this information I could have prevented the suicide by doing something differently three years earlier. (Weiner, 2012)

Soms zijn directe nabestaande niet op de hoogte van de begeleiding waardoor hulpverleners pas laat kennis nemen van het overlijden. In sommige gevallen vernemen ze het nieuws indirect door collega's of via andere berichtgeving (Alexander, 2000). Indien familie of vrienden wel op de hoogte zijn van de begeleiding kunnen we niet in alle gevallen verwachten dat zij de betrokken hulpverleners op de hoogte houden. Zij zullen in eerste instantie namelijk bezig zijn met hun eigen verdriet en rouwproces. Met oog op het belang van deze rouwtaak kan ervoor gepleit worden om hulpverlening in het achterhoofd te houden wanneer het bericht over de zelfdoding verspreid wordt. Men kan hierbij denken aan de rol van bijvoorbeeld de huisarts die vanuit de eerste lijn andere hulpverleners inlicht.

3.2 De pijn van het verlies ervaren

Volgens Keirse (2020) is de volgende rouwtaak het emotioneel doorvoelen van wat er gebeurd is. De emotionele pijn is vaak niet continue aanwezig maar komt in pieken, soms op

momenten dat je het niet verwacht. Mensen kunnen het idee hebben dat ze de pijn of droefheid niet mogen ervaren, omwille van de aard van het verlies of de rol die ze hebben.

Soms heerst de verwachting vanuit hulpverleners of de maatschappij dat therapeuten alles kunnen verdragen. Dat zij meesters zijn in het kanaliseren van gevoelens en het opvangen van emoties. Hoewel een therapeutische relatie in eerste instantie een professioneel gegeven is, zijn hulpverleners zelden apathisch naar hun cliënten. Er wordt een relatie opgebouwd en er is een emotionele betrokkenheid bij het proces, meestal bij de cliënt zelf. Rouw kan meer lijken op een op hol geslagen achtbaan dan een schip op rustig golvend water. De emoties komen in pieken of pijnscheuten. Niks menselijks is ons vreemd en de intensiteit van emoties die vaak geclassificeerd worden onder rouw horen hier ook bij. Dit werpt een aantal vragen op: kunnen en moeten we deze emoties voelen als hulpverlener? Wat is de betekenis van deze emoties? Waarvoor dient de pijn? Is het de bedoeling dat we de pijn kanaliseren, verminderen, verdragen of kunnen we er nog op een andere manier mee omgaan?

3.2.1 Het niet-voelen

Miller & de Shazer (2000) beargumenteren dat emoties vaak bepaalde regels volgen. De context waarin we een emotie voelen en de uiting die we daaraan geven bepaalt of we deze als problematisch beschouwen of niet. De ene emotie vinden we meer gepast in een bepaalde situatie dan een ander. Zo “hoort” verdriet bij een begrafenis en vreugde bij een feestdag. Bij rouw loopt dit echter niet meer volgens de maatschappelijk geaccepteerde verwachtingen. We voelen verdriet op feestdagen of dankbaarheid in het gemis van de overledene. Dit roept op zichzelf al verwarring op. Als we de unieke aspecten van een cliënt-therapeut relatie daarbij in ogenschouw nemen, is het niet vreemd dat hulpverleners in gesprekken zich vaak afvragen hoe ze zich “horen te voelen” na een zelfdoding van een cliënt. We zijn als hulpverleners getraind om vanuit een metaperspectief te kijken naar de gevoelens die wijzelf ervaren, die de cliënt ervaart en de wisselwerking hiertussen. Hierdoor zijn we mogelijk geneigd om een meer cognitieve houding aan te nemen ten opzichte van onze emoties. In de gesprekken met hulpverleners benoemden meerderen dat ze zichzelf de vraag hadden gesteld: ‘Hoeveel pijn mag ik voelen?’. Van familie of vrienden van de overledene wordt een rouwproces verwacht terwijl hulpverleners aangeven vaak het gevoel te hebben te worden vergeten als nabestaande. Soms vinden ze van zichzelf ook dat ze niet “te veel” verdriet mogen hebben.

Ik had de cliënt al enkele maanden niet meer gesproken en daarvoor ook laagfrequent. Het zou daarom minder pijnlijk moeten zijn, toch? Pas toen ik las dat een andere therapeut intens verdriet had over de zelfdoding van een cliënt die ze al een jaren niet meer had gezien, stond ik mezelf toe ook pijn te ervaren.

3.2.2. Pijn zijn of pijn doen

Keirse (2020) bepleit dat we bij rouw geen pijn hebben maar pijn zijn. De pijn kan allesoverheersend zijn. Miller & de Shazer (2000) vinden dit geen helpende visie op emoties. Ze opteren voor een perspectief waarbij we spreken over emoties in termen van doen.

Emoties staan nooit op zichzelf en zijn altijd ingebed in gedragingen, cognities en gevoelens. We spreken van een totaalbeeld: logos-pathos-ethos en de omringende oikos (Isebaert, 2022). Volgens Miller & de Shazer (2000) moeten we ervoor waken dat we emoties niet gaan zien als losstaand probleem dat weggewerkt moet worden. Daarnaast zien zij emoties niet als de oorzaak van ons handelen maar de reden. Een reden is hetgeen iemand als verklaring van een toestand, een door hem verrichte daad enz. geeft (Van Dale, z.d.). De definitie van een oorzaak is echter als volgt: datgene waardoor iets gebeurt (Van Dale, z.d.). Als we naar emoties kijken als oorzaak, plaatsen we onszelf volgens Miller & de Shazer (2000) in een passieve houding. Dit leidt tot een probleem gestuurde aanpak waarbij de volgende stap zou zijn om te zoeken naar de oorzaak van de emotie. We nemen vaak geen genoegen met het antwoord dat een gevoel er gewoon is. Miller & de Shazer (2000) vinden dat we los moeten komen van dit oorzaak-gevolg denken. Volgens hen kunnen we emoties het best zien als reden voor ons handelen waardoor we meer flexibiliteit creëren. We kunnen verklaren waarom we zo handelen en tegelijkertijd zijn er andere opties mogelijk. In verschillende situaties kan er verschillend met de pijn worden omgegaan.

Als we bovenstaande inzichten van Keirse (2020), Miller & de Shazer (2000) en Isebaert (2022) integreren komen we misschien wel tot de meest oplossingsgerichte kijk op de ervaring van de hulpverlener na zelfdoding van een cliënt. Iedereen mag deze pijn voelen, ook hulpverleners. De pijn staat los van de aard van het verlies, de relatie die we hadden met de overledene, de situatie waarin we ons bevinden of de omstandigheden van het overlijden. We hoeven ze niet uit de weg te gaan, het is deel van het proces en soms allesomvattend. Er is geen juiste of foute manier van voelen. Het is niet altijd mogelijk, en misschien niet eens zinvol, om te verklaren waarom we op een bepaald moment bepaalde emoties voelen. Ook hulpverleners mogen dit accepteren.

De achtbaan van rouw geeft daarnaast een veelheid aan resources. Het geeft ons een scala aan informatie om met de pijn, verdriet, dankbaarheid, schuldgevoelens en dergelijke om te gaan.

Feeling bad is much easier when I know that I am supposed to feel bad; I have permission to feel bad. (Weiner, 2012)

3.2.3 Pijn als waardevolle emotie

Het woord pijn heeft vaak een negatieve connotatie en wordt gezien als iets wat we het beste zo snel mogelijk wegwerken. Met het Brugs model in het achterhoofd kan pijn echter bekeken worden als een functioneel gegeven. In lijn met de visie die mede aangehangen wordt binnen de Acceptance and Commitment Therapy, geeft pijn aan waar de waarden liggen. Het zijn twee kanten van dezelfde medaille. Wanneer we als hulpverlener pijn voelen na het overlijden van een cliënt kunnen we hier waarden aan koppelen. In het hoofdstuk *Emotionele responsen* van dit eindwerk worden verschillende gemeenschappelijke emoties verder geëxploreerd. In dit stuk wordt enkel kort stil gestaan bij de meerwaarde die pijn kan hebben in de weg naar acceptatie van de beperking, in dit geval de zelfdoding. Als we

erkennen dat de pijn die we als hulpverlener voelen bij het overlijden een betekenis heeft en vooral iets belangrijks zegt over ons als persoon kan dit het makkelijker maken om de pijn toe te laten en eventueel een stap te zetten naar wat volgens Keirse (2020) de volgende rouwtaak is. Het feit dat de situatie van cliënten ons raakt betekent dat we het belangrijk vinden wat we doen.

3.3 Aanpassen aan de wereld na verlies

Hulpverleners zijn over het algemeen wel bewust van het risico op suïcide. Er worden regelmatig opleidingsdagen aangeboden over suïcidepreventie en crisisinterventie (Vormingen en kennisaanbod | Zelfmoord 1813, z.d.). Toch voelen hulpverleners zich vaak niet voorbereid wanneer hetgeen we zoveel mogelijk proberen te voorkomen werkelijkheid wordt. Andriessen (2005) betitelde zijn artikel over suïcide van cliënten zelfs als dusdanig: “Het overkomt ons niet”. We lijken als hulpverlener aan de ene kant heel bewust van het risico op zelfmoord en tegelijkertijd leven we in een ontkenning dat het daadwerkelijk zal gebeuren. We zijn niet voorbereid op de impact die het zal hebben op de manier waarop we naar onszelf kijken alsook de manier waarop we naar onze cliënten kijken. Een overlijden tast je wereldbeeld, mensbeeld en zelfbeeld aan (Keirse, 2020). Het legt de basis voor ons handelen en de keuzes die we in ons dagelijks leven maken. Het geeft ons al dan niet vertrouwen in de mensheid en onszelf, hoop op verandering en geloof in het proces.

“Alle veranderingen brengen verlies met zich mee zoals alle verliezen verandering eisen.” (Keirse, 2020). Volgens Keirse (2020) is de volgende rouwtaak het aanpassen aan een wereld met het verlies en gemis. In het Brugs model kan dit gezien worden als creëren van nieuwe gewoontes. We hoeven niet te leren loslaten maar anders leren vasthouden. De overledene op een andere manier in je innerlijk bewaren. Deze taak omvat ook het reflecteren op onze existentiële keuzes. Bij elk verlies zijn we genoodzaakt na te denken over onze eigen rol en bijkomende existentiële keuzes. Er wordt, als het ware, gevraagd een nieuw beeld van jezelf uit te vinden op vlak van de rollen die je vervult en je relatie met de omgeving. Ook kan het verlies vereisen dat je je toekomstbeeld, je waarden en je spirituele overtuigingen herbekijkt.

In de opleiding tot psychiater werd gezegd: “Elke psychiater maakt minstens één zelfdoding mee in zijn carrière.”, alsof het de normaalste zaak van de wereld is. Toch voel je je niet voorbereid. Je valt in het diepe. Het weten dat het kan gebeuren is maar een klein onderdeel van het verwerkingsproces.

3.3.1 Existentiële keuzes

Existentiële keuzes gaan over wat wij ons voorbehouden dat we willen zijn (Isebaert, 2022). Aan existentiële keuzes zijn waarden gekoppeld en dezelfde existentiële keuze kan voor verschillende hulpverleners anders geïnterpreteerd worden. Denk bijvoorbeeld aan waarden als: respect, transparantie, geduld, tolerantie, gelijkwaardigheid, openheid, duidelijkheid of eerlijkheid. Als hulpverlener proberen we de existentiële keuzes en waarden zoveel mogelijk te verweven in de manier waarop we cliënten benaderen. Dit betekent niet dat elke

hulpverlener met dezelfde waarde dit op dezelfde manier uit. Zo kan een hulpverlener die het belangrijk vindt om betrouwbaarheid uit te stralen er voor kiezen om altijd bereikbaar te zijn of juist duidelijk af te bakenen welke tijd voor een cliënt gereserveerd wordt. Existentiële keuzes bepalen dus hoe we naar onszelf kijken en wat we belangrijk vinden in ons eigen handelen. Daarnaast beïnvloeden existentiële keuzes wat we vinden van de relaties die we opbouwen met anderen. We kunnen de keuze maken om een “goede hulpverlener” te zijn of te willen zijn in de toekomst. Om dit daadwerkelijk tot uitvoering te brengen en af te toetsen of we de juiste richting in aan hebben we anderen en een omgeving nodig. Op basis van onze cliënten kunnen we beter bijsturen of we onszelf daadwerkelijk een goede hulpverlener vinden.

3.3.2 Hulpverlener in relatie met anderen

Zoals in het hoofdstuk *Existentiële keuzes* beschreven, zijn existentiële keuzes zelden een individueel gegeven en worden ze mede bepaald door hoe we ons (willen) verhouden ten opzichte van anderen. Naar inzicht van Vygotsky: “Through others we become ourselves.” (Lamb, 2021). Een goede hulpverlener zijn kunnen we niet los zien van hoe we ons verhouden naar cliënten. Wat er met cliënten gebeurt, hoe zij handelen, de keuzes die zij maken, de interacties tussen hulpverleners en cliënten, de manier waarop we over cliënten spreken; het geeft ons informatie over hoe goed we menen te voldoen aan het beeld van “de goede hulpverlener”.

Hoewel we voor andere cliënten wel hulpverlener blijven, blijft er een leegte achter op de plaats van de overleden cliënt na zelfdoding. Zoals we door onze omgeving continue informatie krijgen of ons handelen in lijn ligt met hoe we willen zijn, kan de suïcide ook als een vorm van feedback aanvoelen. We concluderen uit de zelfdoding dat we geen goede therapeut, psychiater, psycholoog, opvoeder, maatschappelijk werker, etc. zijn. We vragen ons soms zelfs af of de cliënt met deze zelfdoding een boodschap naar ons heeft gestuurd. Een harde boodschap als: “Jij zou mij hebben moeten helpen en daarin ben je gefaald.” We maken als hulpverlener een zelf-beschuldigende interpretatie op basis van het handelen van de cliënt. De vraag rijst of we meer waarde hechten aan deze interpretatie dan aan andere interpretaties of zelfs directe feedback van cliënten. Zegt een zelfdoding meer over of we een goede therapeut zijn dan een compliment van een cliënt over de therapeutische relatie?

In haar afscheidsbrief naar mij bedankte de cliënte mij voor de begeleiding. Ze benadrukte ze wist dat ik er alles aan had gedaan om haar te helpen.

3.3.3 Hoop, geloof en vertrouwen

Een van de uitgangspunten van het Brugs model is dat cliënten zelfhelende capaciteiten en resources hebben (Isebaert, 2022; De Bisscop, 2018). Dit kan indirect het idee versterken dat cliënten ervoor zullen kiezen deze resources in te zetten om in leven te blijven. Zo lang de cliënt geen suïcide(poging) heeft gedaan kunnen we er vanuit gaan dat zij dit ook doen: ze kiezen om te leven. Dit stemt hoopvol. Henden (2017) benadrukt dat hoop en

optimisme cruciaal zijn in het werken met (suïcidale) cliënten. Het is belangrijk dit zowel verbaal als non-verbaal te communiceren (Henden, 2017). Na een zelfdoding geven hulpverleners aan dat hun hoop, vertrouwen en geloof in cliënten en hun resources op losse schroeven komt te staan. De dood van één cliënt kan verandering teweeg brengen in de manier van het benaderen van andere cliënten. Het rouwproces werpt een schaduw op onze overtuigingen van hoop en vertrouwen. Het ondermijnt je onuitgesproken opvattingen en aannames die voorheen de bouwstenen waren van je levensfilosofie (Keirse, 2020).

Deze breuk in (zelf-)vertrouwen en existentiële keuzes biedt kansen. Elk symptoomgedrag heeft een nuttige functie volgens het Brugs model dit is voor onzekerheden en twijfel niet anders. In de derde rouwtaak krijgen we de mogelijkheid na te denken over onze levensfilosofie met informatie die we onszelf niet kunnen inbeelden zonder dit te hebben meegemaakt. Het vraagt ons na te denken over gewoontes die we als hulpverlener hebben ontwikkeld. We staan bewust stil bij de vraag waarom we dit werk doen. We kijken kritisch naar de gewoontes die we hebben ontwikkeld om cliënten te helpen. Andere cliënten kunnen er gebaat bij zijn als we deze onbewuste gewoontes kritisch tegen het licht houden. Misschien gaan we begeleidingen anders aanpakken of nadrukken op andere plaatsen leggen.

3.3.4 Vastlopen

Keirse (2020) zegt dat vastlopen op deze rouwtaak betekent dat je je niet aanpast aan het verlies. Men kan zichzelf tegenwerken door zich hulpeloos op te stellen, vaardigheden die je nodig hebt niet te ontwikkelen of door je terug te trekken uit je omgeving en je maatschappelijke verplichting niet onder ogen ziet. Het idealiseren van de overledene is een uiting hiervan. Bij hulpverleners zou dit kunnen betekenen dat we voornamelijk de krachtige kanten van de cliënt zien of ons focussen op de sterkte van de therapeutische relatie. Met een geïdealiseerd beeld van de cliënt lopen we het risico dat ons falen des te groter aanvoelt. Keirse (2020) meent dat het voldoende uitspreken van het geïdealiseerde beeld ervoor zorgt dat de idealisering afneemt. Vervolgens kan er een reëel beeld voor in de plaats komen met positieve en negatieve kanten. Aparte delen kunnen geïntegreerd worden in het totaalbeeld. Voor hulpverleners zou het een meerwaarde kunnen zijn om bijvoorbeeld notities over de begeleiding door te nemen. Mijn inziens kunnen we het best weg blijven van oordelende vragen als: “Waar ben ik de fout in gegaan?” of: “Heb ik iets gemist?”. In de plaats daarvan zouden we ons kunnen inbeelden dat er een documentaire of fictie film gemaakt wordt van de begeleiding, zoals bij de hypnotische movie-theater techniek (Amanda Dounis, 2021). Bij deze techniek wordt gevraagd vanuit een comfortabele, vredige positie in een bioscoopzaal de een situatie te bekijken waar moeilijke emoties de overhand hadden. Het is een dissociatietechniek met als doel afstand creëren tot de emoties en mogelijk nieuwe perspectieven op te doen. Het beeld kan los van een geïnduceerde hypnose ook als gewone metafoor dienen. Vragen die als leidraad hiervoor kunnen dienen zijn: “Wat zie ik mezelf doen? Wat zie ik de cliënt doen? Welke stukken zijn de moeite waard om te bekijken? Wat waren de hoogte- en dieptepunten van de begeleiding? Wanneer voelde ik me meer verbonden en wanneer voelde ik me meer afstandelijk naar de cliënt?” Als we naast de krachten ook de worstelingen of bedenkingen van onszelf tijdens de begeleiding hebben genoteerd krijgen we mogelijk een meer gebalanceerd beeld van de relatie en de cliënt. De techniek kan uitgebreid worden naar een toekomstbeeld door vragen te stellen als: “Als je

vooruit zou spoelen, wat zie je jezelf dan doen? Hoe ontwikkelt het verhaal zich verder?”. Een bijkomend voordeel van deze methodiek is dat het zicht geeft op existentiële keuzes en doelstellingen.

In mijn beleving blijft deze cliënt een van de fijnste die ik in mijn carrière heb gehad. Het moment dat hij mij in vertrouwen nam over zijn traumatische opvoeding voelde ik zo veel verbondenheid. Het gemis voelt daardoor extra groot.

Naast het idealiseren van de overledene is identificatie met deze persoon een andere uiting van vastlopen in de derde rouwtaak (Keirse, 2020). Dit gebeurt door bijvoorbeeld hobby's of interesses over te nemen of een levend persoon in de rol van de overledene te zetten. Denk hierbij aan ouders die hun kind een ouderrol laten opnemen na overlijden van de partner, wat identificatie in derden wordt genoemd (Keirse, 2020). Ook zelf een doodswens hebben na het overlijden kan gezien worden als een vorm van identificatie (Keirse, 2020). In het licht van hulpverlening zou dit verschillende vormen kunnen aannemen. Zo projecteren hulpverleners na een zelfdoding soms hun angsten op andere cliënten (Hendin, 2000, Andriessen, 2005). Uit gesprekken met hulpverleners bleek dat zij vaak worstelden met de eenzaamheid of wanhoop die ze toekenden aan cliënten. Dit kan gezien worden als een vorm van identificatie. Zeker als de hulpverlener zichzelf ook eenzaam of wanhopig voelt in het rouwproces. Ook hier zou hypnose een helpende metafoor kunnen bieden met de bubble-techniek (iiCoS, 2020). Bij deze techniek stel je jezelf voor dat je een bubbel rond je hebt. Het brengt de aandacht naar je persoonlijke, innerlijke belevingswereld en lichamelijke sensaties. Je kunt zelf kiezen wat/wie je binnen laat. Het kan helpen een onderscheid te maken tussen eigen gevoelens en die van de ander.

De grootste pijn die ik voelde was wanneer ik dacht aan hoe eenzaam hij zich moet hebben gevoeld. Het afscheid nemen van mij en zijn omgeving, het uitstippelen van alle stappen, die laatste gedachten; hij moet zo alleen zijn geweest.

3.4 Herinneren en weer leren genieten

De laatste rouwtaak gaat volgens Keirse (2020) over herinneren en weer leren genieten. De overledene wordt op een nieuwe manier geïntegreerd in je netwerk. Het is geen kwestie van er niet aan denken want dat is onmogelijk. Er zal een voortdurende vorm van relatie aanwezig zijn met de overledene. Wanneer dit niet voldoende uitgebalanceerd is kan het voor komen dat we geen oog meer hebben voor anderen. Binnen de hulpverlening zou dit zich kunnen uiten in een langdurig grote focus op de overledene waardoor het contact of aandacht voor andere cliënten vertroebelt. Vastlopen op deze taak gebeurt volgens Keirse (2020) wanneer je sterft met de dode; wanneer je je niet kan verzoenen met de realiteit van het verlies. Hij bepleit dat je de pijnlijke kant van het verlies een verenging is van het verhaal van iemands leven. De bitterheid en de mooie herinneren.

3.4.1 Vasthouden

Keirse (2020) pleit voor het blijven incorporeren van het verlies in je leven. Zoals het onmogelijk is om aan negatieve doelstellingen² te werken, zo is het onmogelijk om een overledene te verwijderen uit je herinnering. Een herinnering levend houden kan een belangrijke meerwaarde zijn in het rouwproces. Het is een vorm van ontmoeting (Keirse, 2020). In de hulpverlening wordt er vaak gewerkt met verslagen, notities of methodieken in het samenwerken met cliënten. Dit zijn als het ware tastbare herinneringen aan de persoon. Naast onze gebruikelijke notities zouden we als hulpverlener een extra mapje kunnen aanmaken met dingen die we willen koesteren van de cliënt. Hierin kunnen bijvoorbeeld sterke uitspraken genoteerd worden, bijzondere momenten in de begeleiding of fijne herinneringen aan de persoon.

Tijdens het archiveren van mijn dossiers kwam ik zijn naam weer tegen. Met een stekende pijn las ik de aantekeningen terug die ik gedurende de begeleiding had gemaakt. Een golf aan emoties stortte zich over me uit: verdriet, pijn, medeleven, onzekerheid maar ook dankbaarheid dat ik deze persoon had mogen leren kennen. Dat hij mij in vertrouwen had genomen tijdens een van de moeilijkste periodes in zijn leven.

3.4.2 Interactie met het verlorene

Het Brugs model is een systemisch en circulair model (Isebaert, 2022). Dit impliceert dat we altijd in verbinding staan met onze context, de mensen om ons heen en de omgeving waarin we ons bevinden. Wij beïnvloeden de omgeving en de omgeving beïnvloedt ons. Er is geen mogelijkheid om elkaar niet te beïnvloeden, ook als iemand er niet meer is. In interactie met cliënten worden we rechtstreeks beïnvloed. Soms krijgen we verbale feedback maar nog vaker is de feedback indirect of non-verbaal. Het geeft ons de kans direct bij te sturen en de wijzigen waar we op dat moment mee bezig zijn. We zouden kunnen stellen dat de feedback meer indirect wordt wanneer iemand overlijdt. Het neemt de vorm aan van herinneringen, theorieën en interpretaties die zelden afgetoetst kunnen worden. Toch spelen ze een belangrijke rol in het verdere leven. We verinnerlijken hen en ze hebben op die manier een invloed op ons gedrag. Marwit en Klass (1995) omschrijven vier manieren hiervoor: de overledene als rolmodel, als adviseur, als moreel ijkpunt en als directe trigger van gedrag. De eerste manier duidt op het overnemen van bepaalde gedragingen, hobby's of interesses. De tweede neemt een vorm aan als: "Wat zou hij/zij hebben gezegd in deze situatie?". Met de derde wordt bedoeld dat we onze eigen waarden staven naar die van de overledene. In de vierde situatie wakkeren externe prikkels die gelinkt worden aan de overledene bepaalde gevoelens of herinneringen aan. Voor hulpverleners, net zo goed als voor andere nabestaanden, kunnen deze verinnerlijking onaangenaam of onwenselijk aanvoelen. Wanneer we ons bijvoorbeeld schuldig voelen of het idee hebben dat de cliënt ons iets verweten heeft. Soms kunnen woorden of zinnen die tijdens gesprekken met de cliënt gezegd zijn blijven hangen en ons gedrag in sterke mate beïnvloeden.

² Een negatieve doelstelling is een doelstelling die wijst op iets verwijderen of verminderen zonder dat er iets anders voor in de plaats komt. Bijvoorbeeld: 'Ik wil niet meer verdrietig zijn' of: 'Ik wil niet meer drinken'.

Echter, vanuit een oplossingsgericht standpunt kunnen we het ook positief herkadereën. Een cliënt maakt namelijk deel uit van ons systeem en elk systeem bevat resources. We zouden ons bijvoorbeeld de vraag kunnen stellen wat we geleerd hebben van deze cliënt. Een stapje verder zouden we onszelf kunnen voorstellen welk advies deze cliënt ons zou hebben gegeven in de omgang met andere cliënten met dezelfde problematiek. Als we een goede therapeutische relatie voelden met de cliënt zouden we ons zelfs kunnen indenken wat deze cliënt gewaardeerd zou hebben aan ons als hulpverlener. Daarnaast kunnen we ons afvragen welke eigenschappen van de cliënt we gewaardeerd hebben, wat we bewonderingswaardig vonden aan de manier waarop hij/zij met zijn/haar moeilijkheden omgingen of welke morele waarden hij/zij na streefde. We kunnen aspecten benoemen van de cliënt die ons geïnspireerd hebben of uitspraken die ons geraakt hebben. Zo ver-innerlijken we het verlies.

Mijn cliënt werkte als technicus. Elke keer als ik nu een klusje in mijn eigen huis doe moet ik aan hem denken.

3.4.3 SFT technieken

Zoals in het hoofdstuk *Het Brugs model voor oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie* beschreven staat, gaat men er in het Brugs model vanuit dat gezondheid en therapie gaat over het herstellen van keuzevrijheid. Het model is daarom bij uitstek geschikt om deze rouwtaak te ondersteunen. Het herstellen van keuzevrijheid houdt namelijk indirect in dat een probleem in bredere context wordt geplaatst. De moeilijkheid is slechts een deel, nooit het geheel. Soms kunnen problemen allesomvattend aanvoelen. Alsof we 1-op-1 samenvallen met een probleem. Toch is een persoon nooit alleen maar zijn/haar probleem of moeilijkheid. Iemand kan bijvoorbeeld enorm veel sociale angsten ervaren en tegelijkertijd wel naar de supermarkt gaan om boodschappen voor de kinderen te halen. Een ander voorbeeld is wanneer iemand met depressieve klachten zijn bed niet uit komt en ondertussen wel nadenkt over het welzijn van zijn partner. Deze voorbeelden laten zien dat we nooit op basis van een probleem een conclusie kunnen trekken over alle andere levensdomeinen. Het feit dat iemand angsten of depressies voelt hoeft niet te betekenen dat al het gedrag of alle gedachten bepaald worden door de angst of depressies. Hieruit volgend raadt het Brugs model aan dat we doelstellingen formuleren in aanwezigheid van iets, in de plaats van enkel in afwezigheid (De Bisscop, 2019). Doelstellingen die enkel vragen om het verdwijnen van het probleem zijn geen werkbare doelstellingen. Als hulpverlener het doel zetten om niet meer aan de suïcide te denken of wensen dat het niet was gebeurd is geen mogelijkheid. We kunnen wel een doelstelling formuleren als: “Ik wil vaker aandacht hebben voor complimenten van cliënten.”. Ook wordt er in oplossingsgerichte therapiesessies tijd gespendeerd aan problem-free talk. Op deze momenten staan cliënt en therapeut stil bij aspecten van de cliënt zijn leven die los staan van het probleem waarvoor de cliënt komt (Lethem, 2002). Het kan bijvoorbeeld gaan over de delen van zijn/haar leven die een cliënt wil behouden of willen ontwikkelen naast het probleem (Lethem, 2002).

Een techniek om verder te komen in deze rouwtaak is het gebruiken van de wondervraag. De wonder- (of mirakel-)vraag wordt in oplossingsgerichte therapie gebruikt om doelen te concretiseren (De Bisscop, 2018, 2019). Het doet een beroep op het voorstellingsvermogen van mensen door te vragen naar een dag in de toekomst die voldoende oké is geweest. Belangrijk is dat het probleem dus niet volledig opgelost of afwezig hoeft te zijn. De mirakelvraag zou aan hulpverleners bijvoorbeeld op de volgende manier gesteld kunnen worden: “Stel dat je op een dag thuis komt van het werk en je bent tevreden met de manier waarop je bent omgegaan met de zelfdoding van cliënt X. Hoe is je dag dan verlopen? Wat heb je bij jezelf gemerkt? Wat hebben jouw collega’s gemerkt? Wat hebben jouw cliënten gemerkt? Wat doe je bij thuiskomst? Hoe kijk je terug op alles wat er is gebeurd?”

Vervolgens kunnen vragen gesteld worden die wijzen naar continuïteit van hetgeen er nu al is of manieren waarop de hulpverlener deze helpende gedragingen in het verleden heeft gesteld. Zo kan de aandacht verschuiven naar andere cliënten of naar het leven buiten de werksetting. Het totaalbeeld wordt dan genuanceerder.

3.5 Conclusie

Samenvattend kunnen de rouwtaken dienen als leidraad om een zelfdoding te accepteren als beperking. De eerste taak is de werkelijkheid van het verlies onder ogen zien. De verdoving en ontkenning die hierbij komen kijken maken de eerste klap van het verlies dragelijk en helpen mensen om te blijven functioneren. Begrip voor de zelfdoding kan het doorlopen van de eerste taak vergemakkelijken. De pijn van het verlies ervaren is de tweede rouwtaak. Hierbij lijkt het vooral belangrijk dat hulpverleners erkennen dat ook zij pijn hebben van het verlies. Vervolgens kan de pijn geplaats worden binnen een geheel van gevoelens, gedachten, gedragingen en het systeem om het uiteindelijk als een meerwaarde te beschouwen, eerder dan een hindernis. De derde rouwtaak beschrijft hoe mensen zich moeten aanpassen aan een wereld na verlies. Tijdens deze rouwtaak is er extra aandacht voor existentiële keuzes. De waarden en rollen waar altijd naar geleefd is, worden in vraag gesteld en mogelijks wordt er hierdoor een nieuwe richting gegeven aan het leven. De vierde en laatste rouwtaak is het herinneren en weer leren genieten. Hierbij is het van belang dat de overledene deel uit blijft maken van ons systeem. Hij/zij kan eventueel zelfs als resources komen te dienen.

4. Wat helpt nog meer?

4.1 Contact met anderen

4.1.1 Collega’s

Contact met collega’s door bijvoorbeeld supervisie, intervisie of lotgenotencontact wordt door de meerderheid van de hulpverleners als zeer helpend ervaren (Grad, 1997). Dit zou volgens Grad (1997) belangrijker zijn voor mannen dan voor vrouwen. Over het algemeen zijn hulpverleners tevreden over de steun die ze ontvangen van collega’s (Hendin, 2000). Het vermindert het gevoel van isolatie, vooral wanneer collega’s hun eigen ervaringen delen (Hendin, 2000). Het delen van gemeenschappelijke ervaringen blijkt meer helpend dan geruststelling dat de suïcide onvermijdelijk was of dat de behandeling wel degelijk succesvol was (Hendin, 2000). Het beleid van de organisatie waarin de hulpverlener werkzaam is speelt daarnaast een grote rol in het ontschuldigen (Andriessen, 2005).

4.1.2 Andere nabestaanden

Hulpverleners zijn deel van de groep nabestaanden. Ook familie, vrienden, collega's en burens vallen hebben te kampen met het verlies. Contact met nabestaanden wordt als helpend ervaren door het merendeel van de hulpverleners. Dit gebeurt in verschillende vormen. Als ze worden uitgenodigd kunnen hulpverleners de uitvaart bijwonen, wat in 63% van de gevallen als helpend wordt ervaren (Andriessen, 2005). Ook kan er een (informeel) gesprek aangegaan worden met naasten. Hierbij zijn beide partijen kwetsbaar en hebben zowel therapeut als naaste baat bij ondersteuning (Andriessen, 2005). Een andere hulpverlener kan hier dienst doen als tussenpersoon om het gesprek te leiden. Hulpverleners hebben soms moeite met het contact met naasten uit angst voor verwijten of schuldgevoelens (Hendin, 2000). Hendin (2000) geeft echter aan dat de meeste naasten geen schuld leggen bij de hulpverleners en juist dankbaarheid tonen voor de begeleiding die ze hebben proberen te bieden. Dit leidt tot opluchting.

Met een bang hartje ontving ik samen met een collega de moeder van de cliënt. Wat wilde ze bespreken? Wat wilde ze weten? Wat verwachtte ze van ons? Uiteindelijk wilde ze vooral haar verhaal doen. Ze liet een foto zien van hoe de cliënt was opgebaard. De gewelddadige dood die hij had gekozen was op mijn fantasie geslagen en had verschrikkelijke beelden oproepen. Het zien van de foto stelde me gerust en benauwde me tegelijk. Ben ik over mijn grens gegaan?

4.1.3 Persoonlijke omgeving

De hulpverleners die werden gesproken in het kader van dit eindwerk reageerden zeer gevarieerd op de vraag in hoeverre ze de zelfdoding hadden besproken met eigen naasten. Waar sommige het enkel aan een aantal vertrouwelingen hadden verteld, lieten anderen weten dat zij veel behoefte voelden om het er met mensen over te hebben. Grad (1997) vond in zijn onderzoek dat contact met mensen uit eigen kring, bijvoorbeeld familie of vrienden, een helende werking kon hebben. Het kan echter ook een druk geven op het thuismilieu geven (Andriessen, 2005).

Elke keer als vrienden of familie vroegen hoe het ging bracht ik de zelfdoding ter sprake. De eerste weken, maanden, beheerste het me en beïnvloedde het vrijwel elk contact dat ik had met mijn eigen omgeving.

4.2 Overige hulpmiddelen

Naast contact met collega's, nabestaanden of persoonlijke kring werden in onderzoek nog andere hulpbronnen gevonden. Voor 30% van de mannen en slechts 3% van de vrouwen gaf gewoon terug gaan naar het werk een positief effect (Grad, 1997). Daarnaast gaf 63% van de hulpverleners aan dat het bijwonen van de uitvaart behulpzaam zou zijn geweest, hoewel 15%

ook daadwerkelijk de uitvaart had bijgewoond (Alexander, 2000). Trainingen en opleidingen in suïcidepreventie kunnen hulpverleners minder kwetsbaar maken voor de zelfdoding van cliënten (Andriessen, 2005). Andriessen (2005) raadt daarnaast aan om het veiligheidsgevoel te vergroten door bijvoorbeeld debriefing, teambespreking of het opstellen van een veiligheidsprotocol. De Nederlandse organisatie *113, Zelfmoord Preventie* heeft een voorbeeld van dergelijk protocol voor huisartsen online gepubliceerd (113, z.d.). Deze is ook terug te vinden in Bijlage 1. Een protocol opstellen is het meest aangeraden 4 tot 6 weken na het overlijden (Andriessen, 2005). Er kan externe hulp ingeschakeld worden om het proces te ondersteunen (Andriessen, 2005).

4.3 Conclusie

Sociale steun wordt in het overgrote deel van de gevallen gezien als de meest behulpzame bron in het verwerkingsproces. Ook het bijwonen van een uitvaart, terug gaan werken en het formaliseren van protocollen zijn voor hulpverleners helpende stappen.

5. Emotionele responsen

In gesprekken met hulpverleners en in de literatuur worden verschillende thema's aangehaald waarmee hulpverleners kampen na een zelfdoding van een cliënt. Hieronder worden een aantal gemeenschappelijke moeilijkheden verder belicht.

5.1 Verantwoordelijkheid en schuld

Schuldgevoel is een vaak voorkomende emotionele reactie bij zowel naasten als hulpverleners na een zelfdoding (Hendin, 2000, Andriessen, 2005, Keirse, 2020). Verantwoordelijkheid en schuldgevoelens hangen samen met het mandaat dat we als hulpverlener krijgen van de cliënt, de omgeving van de cliënt, de doorverwijzer en van onszelf. Het verwijst naar de rol die we hebben in een proces en verantwoordelijkheid (mogen) nemen.

5.1.1 Het mandaat van de hulpverlener

Als hulpverlener hebben wij de overtuiging dat we, tot op zeker hoogte, een impact hebben op het handelen van een cliënt. Ook het Brugs model gaat uit van een circulariteit tussen therapeut en cliënt (Isebaert, 2022). Dit helpt om een relatie werkbaar te maken. Zonder deze overtuiging lopen we het risico te belanden op een eiland van onverschilligheid. Het werk zou zinloos voelen als we niet zouden geloven in het systemische perspectief, waarbij we als mensen elkaar beïnvloeden. Door middel van interventies proberen we het handelen of gedachtenpatronen van onze cliënten te beïnvloeden.

In vrijwel alle literatuur en gesprekken rondom het onderwerp van zelfdoding van cliënten geven hulpverleners aan een bepaalde mate van verantwoordelijkheid te hebben gevoeld na het vernemen van het nieuws (Weiner, 2012). Schuldgevoelens en 'wat als...?'-vragen lijken onvermijdelijk. Zoals Keirse (2020) beschrijft: "Mensen zoeken vaak in gedachten de dagen af vóór het gebeuren, alsof ze het daardoor ongedaan kunnen maken.". Ook hulpverleners zijn hieraan onderhevig. Sessies en contactmomenten worden overlopen om te zien wat ze anders hadden kunnen aanpakken. Alexander (2020) maakt de tweestrijd mooi duidelijk. Enerzijds lopen we het risico op therapeutisch nihilisme als we suïcide als fundamenteel onvermijdelijk beschouwen. Anderzijds wordt een gevoel van schuld gevoeld wanneer we suïcide zien als een

voorspelbaar en te voorkomen gegeven. Hulpverleners geven in zijn onderzoek aan dat deze laatste houding niet helpend is voor het rouwproces.

Vanuit het Brugs model wordt het concept van mandaat gehanteerd om de therapeutische alliantie af te toetsen. Bijkomend biedt het inzicht over de manier waarop we met een hulpvraag aan de slag kunnen gaan (Isebaert, 2022). Isebaert (2022) zegt dat een psychotherapeutisch verzoek van de cliënt, waarbij de cliënt de verantwoordelijkheid neemt om zichzelf te behandelen, het meest helpend is. Minder helpend zijn de ‘chirurgische’ verzoeken (waarbij de therapeut de problemen van de cliënt oplost) of ‘internistische’ verzoeken (waarbij de therapeut de cliënt diagnosticeert). De tweestrijd zoals hierboven beschreven (Alexander, 2000) in combinatie met de verschillende verzoeken die Isebaert (2022) benoemt werpt een licht op de verantwoordelijkheid die we voelen als hulpverlener. We werken in de gesprekken naar een psychotherapeutisch verzoek met de cliënt als verantwoordelijke voor zijn eigen proces. Na een zelfdoding interpreteren we het verzoek misschien als meer ‘chirurgisch’; we hadden het kunnen voorkomen. We vinden dat we de problemen van de cliënt hadden moeten kunnen oplossen. Het lijkt belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de betere alliantie degene is waarbij de cliënt zijn eigen proces in handen neemt en dus de eindverantwoordelijkheid heeft voor de daden die hij/zij stelt.

Naast de vorm van het verzoek dat de cliënt biedt kunnen we ook kijken naar de therapeutische relatie. In het Brugs model onderscheiden ze vier vormen: de vrijblijvende relatie, de zoekende relatie, de consulterende relatie en de expertenrelatie (Isebaert, 2022). In de vrijblijvende relatie is er geen hulpvraag van de cliënt, in tegenstelling tot de overige drie relatievormen. In een vrijblijvende relatie vraagt de cliënt geen hulp van de hulpverlener bij zijn/haar problemen (Isebaert, 2022). Bij een zoekende relatie ziet een cliënt zichzelf nog niet in staat om aan het werk te gaan met de hulpvraag (Isebaert, 2022). Een cliënt in een consulterende relatie ziet wel zijn eigen verantwoordelijkheid maar weet niet hoe hij/zij zijn/haar resources kan gebruiken om te veranderen in gewenste zin (Isebaert 2022). In een expertenrelatie wordt vooral gewerkt rondom het versterken van de zelfredzaamheid van de cliënt, die op dat moment wel zicht heeft op zijn/haar hulpbronnen en hoe deze in te zetten (Isebaert, 2022). De bedenking kan gemaakt worden of de aard van de relatie een impact heeft op de ervaring van de hulpverlener na een zelfdoding. Een cliënt in een vrijblijvende relatie zou misschien minder verantwoordelijkheid leggen bij de hulpverlener voor het helpen oplossen van zijn/haar problemen. Bij een cliënt in een expertenrelatie kunnen we mogelijk denken dat de ontsteltenis van de therapeut groter is omdat de hulpverlener er vanuit gaat dat de cliënt voldoende zelfredzaam is om verder te kunnen met het leven.

Dit alles impliceert echter dat zowel het doel van de cliënt als die van de therapeut hetzelfde zouden zijn: blijven leven. Bij een suïcide is dit echter vaak de moeilijkheid. Zelfs als de suïcideplannen van de cliënt besproken worden, komt de daadwerkelijke uitvoering vaak onverwacht (Keirse, 2020). Op het moment dat hulpverleners het gevaar als reëel inschatten hebben zij hulpverleningsplicht wat er soms voor zorgt dat zij het beroepsgeheim moeten doorbreken (Het beroepsgeheim doorbreken in het kader van de hulpverleningsplicht (art. 422bis van het Strafwetboek) | Psychologencommissie, z.d.) waardoor een zelfdoding voorkomen wordt. Dit kan een reden zijn voor een cliënt om niet te vertellen over zijn/haar

plannen. De mogelijkheid tot zelfdoding, die ook als troost kan dienen, wordt dan ontnomen (De Beurs, 2020). Een andere reden kan zijn dat een cliënt niet wil dat de hulpverlener zich schuldig of verantwoordelijk gaat voelen voor zijn/haar dood en het daarom verzwijgt. Ook wordt er niet altijd naar suïcidaliteit gevraagd door hulpverleners wat het idee kan versterken dat de dood een taboe is (De Beurs, 2020). Wanneer een cliënt om wat voor reden dan ook niet uitspreekt dat hij of zij concrete suïcide plannen heeft, lopen we het risico dat we als hulpverlener een ander doel gaan nastreven. Het mandaat dat we als hulpverlener van de cliënt krijgen wordt dan irrelevant omdat de doelen niet gelijklopend zijn. De hulpverlener komt, wanneer hij/zij de plannen wel kent, ook in een benarde positie. Het rechtssysteem en de deontologische code verplichten hulpverleners om suïcidale cliënten dusdanig te beschermen dat ze hun plannen niet uitvoeren, terwijl we als hulpverlener vaak streven naar het nastreven van wat voor de cliënt het beste is.

Hierbij kan de bedenking gemaakt worden wat “het beste” en “het doel” precies is. De dood is namelijk vaak een middel om een bepaald doel te bereiken in de plaats van een doel op zich. Rust of het weggkomen uit een benarde situatie kunnen de doelen zijn die achter de wens tot zelfdoding zitten. Men ziet geen andere manier om dit te bereiken dan het leven te beëindigen. In die zin kunnen cliënt en therapeut hetzelfde doel voor ogen hebben (bijvoorbeeld rust vinden) en tegelijkertijd verschillende middelen hiervoor beogen. De therapeut vind bij zelfmoordpreventie het door de cliënt gekozen middel (namelijk zelfmoord) niet de beste optie, terwijl dit voor de cliënt wel de beste, of enige haalbare optie is. Hierachter zit een visie van de therapeut-als-expert verscholen. We zouden als hulpverlener in dat geval ook pretenderen te weten wat het beste middel is.

De uiteindelijke pragmatische³ keuze van de cliënt is suïcide plegen. De semantische keuze voor de cliënt kan verschillend zijn. Suïcide kan bijvoorbeeld staan voor rust in het hoofd of weggkomen uit een schijnbaar onmogelijke situatie. Als een cliënt de pragmatische keuze maakt om naar de therapeut te komen kan dit een ander middel zijn om hetzelfde doel te bereiken. Na een suïcide geven hulpverleners aan dat ze verschillende betekenissen geven aan de pragmatische keuze van de cliënt om zichzelf te doden. We kunnen ervoor kiezen om de doding te interpreteren als een vorm van kritiek op de hulpverlening, waardoor we ons mogelijks meer gefaald voelen. We kunnen het ook interpreteren als de enige oplossing die de cliënt zag voor de benarde situatie waar hij in zat. Dit zorgt er mogelijk voor dat we ons meer bekwaam blijven voelen als hulpverlener. Beide betekenissen kunnen echter andere pragmatische keuzes veroorzaken bij de hulpverlener. Bij de eerste zouden we ons kunnen indenken dat de hulpverlener bijvoorbeeld sneller andere methodieken zal uitproberen. Bij de tweede zou een hulpverlener misschien sterker inzetten om de al gekende technieken. Als we ons dan de vraag stellen welke visie we het best hanteren kunnen we vanuit het oplossingsgericht model zeggen: we maken de semantische keuze die het meest helpend is voor ons als hulpverlener.

³ De pragmatische keuze is de uiteindelijke handelingsbeslissing. De semantische keuze is de betekenis die wordt gegeven aan de handeling (Isebaert, 2007).

Een cliënt zei eens: “Ik zou geen zelfmoord plegen omdat ik niet wil dat jij je gefaald voelt als therapeut.”

5.2 Schaamte

Naast de schuldgevoelens die de therapeut kan voelen in het kader van zijn mandaat en verantwoordelijkheid, hebben de reacties van de omgeving een impact op de emotionele responsen van hulpverleners. Zoals beschreven in het hoofdstuk *Andere nabestaanden* zijn therapeuten vaak bang voor verwijten van de naasten van de cliënt, terwijl deze zelden verwijten koesteren (Hendin, 2000).

De schaamte kan ook gericht zijn op collega hulpverleners, hoewel zij tegelijkertijd dienen als grootste hulpbron (Alexander, 2000). In gesprekken met hulpverleners werd bijvoorbeeld vernoemt dat ze de zelfdoding weten aan hun gebrek aan ervaring. Chemtob (1988) vond hier echter geen verband tussen.

Ten slotte vertelden hulpverleners dat zij zich schamen voor de zelfdoding ten opzichte van hun persoonlijke omgeving. Wanneer zij bijvoorbeeld zelf een zelfdoding hebben meegemaakt in hun persoonlijk leven of wanneer zij mensen kennen die ook nabestaanden waren. De angst om het bespreekbaar te maken en op die manier gevoelens van kwaadheid of verdriet bij nabestaanden te triggeren weerhield hen ervan om te bespreken wat er gebeurd is. Onderzoek wijst echter uit dat steun van de persoonlijke omgeving een belangrijke helpende factor is in het verwerkingsproces (Chemtob, 1988, Hendin, 2000, Andriessen, 2005)

Ik heb tegen weinig mensen uit mijn persoonlijke omgeving verteld wat er gebeurd is uit angst dat zij mij een slechte therapeut gaan vinden.

5.3 Conclusie

Schuldgevoelens en schaamte zijn veelvoorkomende emotionele reacties bij hulpverleners na een zelfdoding van hun cliënt. Wanneer we stil staan bij de semantische keuze die we maken rondom de gebeurtenissen en het mandaat dat we onszelf toekennen kunnen we mogelijks de impact van de ervaring verkleinen.

Nawoord

Dinsdagmiddag, mei 2023. Een e-mail in mijn inbox. Opnieuw een overlijdensbericht. Deze keer zonder oorzaak van overlijden, maar met een bedanking voor alle zorgen. Het is een cliënt die ik een jaar geleden voor het laatst zag en met enige bezorgdheid had afgerond op zijn vraag omdat hij vond dat het voldoende goed ging. Zelfdoding lijkt mij de meest waarschijnlijke oorzaak. Waarom zou je anders de psycholoog inlichten en bedanken voor de zorgen? Emotionele overweldiging. Ik word duizelig. Hoe kan dit? Twee cliënten in één jaar? Wat doe ik verkeerd? Hoe kan het dat andere psychologen dit nooit meemaken en ik twee keer?

Hoewel de het nieuws over deze tweede cliënt op het moment van dit schrijven nog pril is, merk ik bij mezelf verschillen op. De eerste keer liet ik geen verdriet toe. Nu weet ik dat ik mag rouwen. De eerste keer schoot ik in verdoving en ontkenning. Nu kwamen de emoties direct. De eerste keer besprak ik het onmiddellijk met mijn intervisiegroepje. Nu is de schaamte te groot om het meteen te delen. Ik merk ook gelijkenissen op: het verantwoordelijkheidsgevoel, het onbegrip, de wanhoop over waarom hij geen hulp heeft gevraagd en de dankbaarheid dat hun families er aan hebben gedacht mij in te lichten. Van al deze reacties weet ik nu dat ik ze niet alleen draag. Ik weet dat het oké is. Dat ik mag voelen wat ik voel en mag handelen zoals ik denk dat het meest helpend is. Met een bang hartje lees ik mijn eindwerk nog eens na, omdat het binnenkort ingeleverd moet worden. Angst voor gevoelens en confrontatie. Tijdens het lezen merk ik berusting op. Ik kan niet anders dan concluderen dat dit eindwerk in ieder geval één persoon heeft helpen groeien: mezelf.

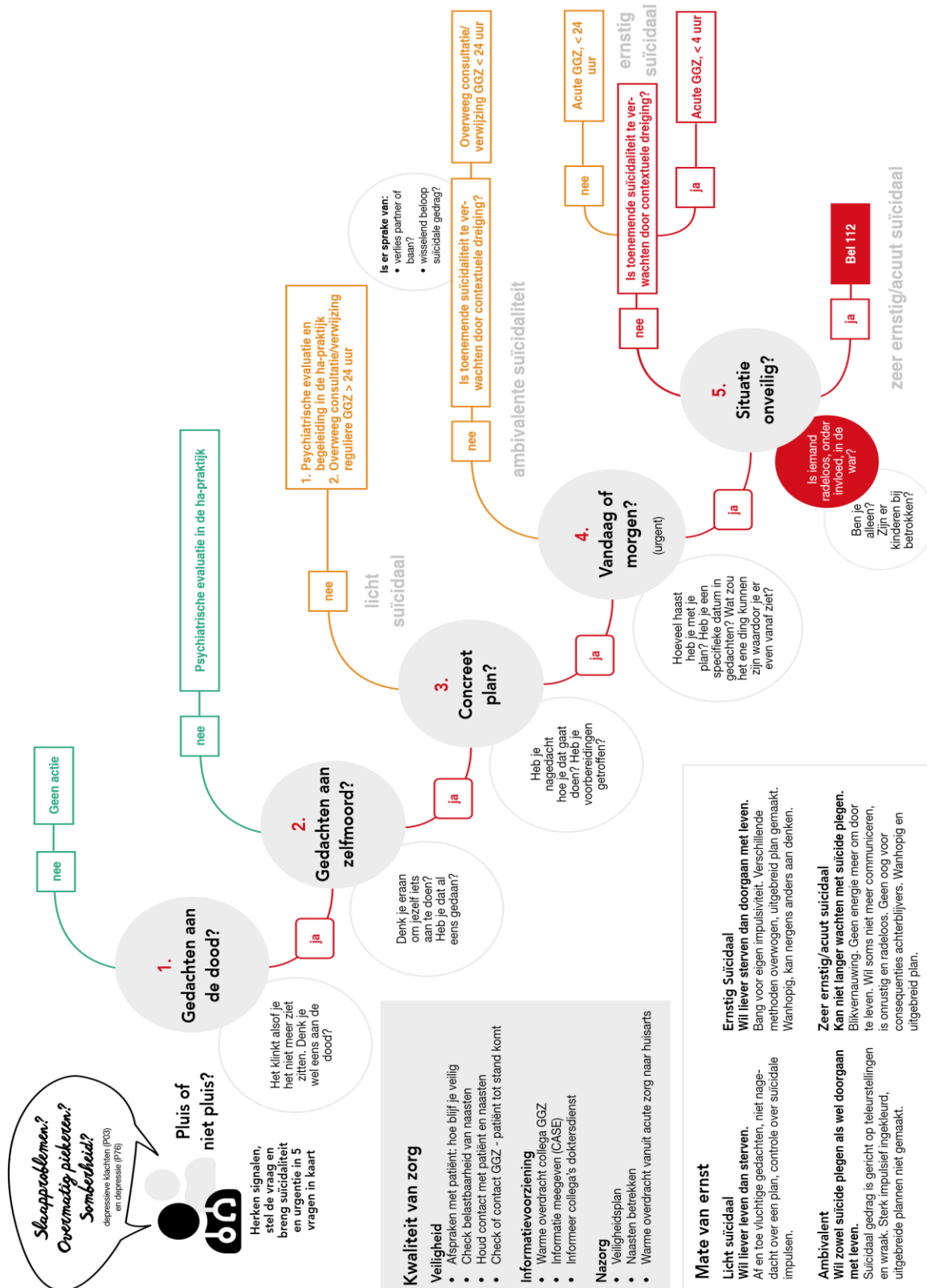
Dit eindwerk is geschreven vanuit mijn hart. Elke keer dat ik erover sprak werd ik geraakt door de betrokkenheid van mijn gesprekspartners. Het motiveerde mij om erover te blijven nadenken, om te blijven zoeken naar wat helpt, om meer te leren, meer te zien, meer te groeien. De inzichten die ik tijdens de gesprekken kreeg en de feedback die mensen hebben uitgesproken maken dit tot een werk waar ik achter kan staan.

Ik ben dankbaar voor alle hulpverleners die hebben willen bijdragen aan dit werk. Ze hebben zich kwetsbaar durven opstellen en hun ervaringen met mij willen delen. In de loop van het verslagen waren er regelmatig quotes te lezen van mezelf en deze collega's om bepaalde ideeën te illustreren. Dit eindwerk was een zoektocht naar antwoorden, voor mezelf en hopelijk voor andere hulpverleners in dezelfde situatie. Juist omdat we als therapeut ook mens zijn.

Speciale aandacht mag gaan naar alle mensen die indirect een invloed hebben gehad op dit werk, namelijk de cliënten die besloten dat de dood voor hen de betere weg zou zijn dan het leven. Hun dood heeft een eeuwig durende afdruk achter gelaten in het leven van de mensen om hun heen, waaronder ons als hulpverlener. Naast de pijn van het verdriet brachten ze ook kennis. Het is mij eens en te meer duidelijk geworden dat ze mij, en velen met mij, hebben helpen groeien. Dit werk is geschreven in nagedachtenis van al die er niet meer zijn.

Ten slotte wil ik mijn eigen supporters bedanken. Mijn familie, vrienden, collega's en vooral partner die de moeilijkste stappen in het proces een beetje dragelijker hebben kunnen maken. Hun mildheid, liefde en onvoorwaardelijke acceptatie hebben ervoor gezorgd dat ik dit werk heb kunnen schrijven en dat ik ben blijven ben kunnen blijven staan in de storm. Mede door hun voel ik me sterker als hulpverlener en als mens.

5 vragen voor toeleiding naar de juiste hulpverlener



Deze Triagetool is gebaseerd op de GGZ Triagewijzer (onderdeel van de Generieke Module Acute psychiatrie), de Generieke module Suïcidaal gedrag en de Multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag.

Herken de signalen

Niet iedereen die aan zelfmoord denkt praat erover. Er zijn verschillende signalen die erop kunnen wijzen dat iemand aan zelfmoord denkt. Dit kunnen bepaalde uitspraken zijn, maar ook non-verbale signalen.

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

Stel de vraag bij de patiënt die:

- zelf direct of indirect zegt een eind aan zijn leven te willen maken, zich opmerkelijk gedraagt in het contact, afgescheid neemt of dingen weggeeft.
 - met een depressie (P76) of depressieve klachten (P03) leeft.
 - ernstig piekert en slaapproblemen heeft, die het verlangen uit om rust te willen. Let hierbij op geagiteerd gedrag en tekenen van vitale uitputting.
 - aangeeft klem te zitten. Wiens pijn en problemen zo wanhopig maken dat hij bijna geen uitweg meer ziet.
- Deze pijn kan veroorzaakt worden door grote life events. Een belangrijke risicofactor is (dreigend) verlies, dat kan materieel of relationeel zijn, maar ook verlies van status of eer.
- aangeeft dat hij nergens bij hoort, iedereen tot last is en niet meer zo bang is voor de dood.
 - eerder een poging deed, zelfbeschadigend gedrag vertoont en/of met een belaste familieanamnese.
 - met chronische pijn of klachten leeft.
 - grote recepten vraagt.

Do's & Don'ts

Praten over zelfmoord kan levensreddend zijn. Het vermindert druk en ordent gedachten. Het is de eerste stap naar een oplossing. Een gesprek over zelfmoord kent een aantal Do's en Don'ts:



Benoemen

- “Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je dat je aan zelfmoord denkt?”
- “Als ik je goed begrijp, denk je aan zelfmoord, klopt dat?”

Meepraten/instemmen

- “Nou ik snap het best waarom je niet meer wilt leven...”
- “Tja, als ik in jouw schoenen zou staan, zou ik het misschien ook opgeven.”

Concretiseren

- “Je zegt dat je er straks niet meer bent, wat bedoel je met straks?”
- “Je zegt dat het allemaal ellendig is voor je. Wat is er precies zo ellendig voor je?”

Snel adviseren

- “Het zou goed zijn om minder te gaan werken, lijkt mij.”
- “Waarom ga je niet vaker lekker sporten?”

Veiligheid

- “Hoe denk je dat je vanavond veilig kunt blijven?”
- “Hoe is het je gelukt om je de afgelopen dagen/weeken weer rustiger te voelen?”

[illegible]

Bronnen

De Triagetool is gebaseerd op de volgende kwaliteitsstandaarden:

- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) Generieke module Acute psychiatrie. Utrecht www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (concept) Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- NNVp, NIP en V&VN (2012) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.

Vraag door

Wanneer de patiënt zelfmoordgedachten of -plannen heeft is het belangrijk deze nader uit te diepen aan de hand van de CASE-benadering.

1 Actuele gedachtes en gebeurtenissen

- Denk je eraan om jezelf iets aan te doen?
- Heb je plannen om zelfmoord te plegen?
- Heb je nagedacht hoe je dat gaat doen? Welke methoden heb je overwogen?
- Welke voorbereidingen heb je getroffen?
- Hoeveel haast heb je met je plan? Heb je een specifieke datum in gedachten?

2. Recente voorgeschiedenis

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak per dag had je deze gedachten? Wat denk je op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen om zo te denken?
- Heb je plannen gemaakt om jezelf iets aan te doen?
- Heb je geprobeerd om een einde aan je leven te maken?

3. Ruimere voorgeschiedenis

- Ben je wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Heb je wel eens eerder een periode gehad dat je deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand?
- Heb je ooit eerder geprobeerd een einde aan je leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat heb je toen gedaan?

4. Directe toekomst

- Hoe is het nu voor je?
- Hoe zie je de toekomst voor je?
- Wat ga je doen als je straks weer thuis bent?

5. Beschermende factoren

De beschermende factoren
Zijn er beschermende factoren aanwezig? Is er een steunsysteem met voldoende aandacht? Heeft de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel voor partner, kinderen en andere naasten? Is er sprake van een religieuze overtuiging die de patiënt weerhoudt, of waar hij steun van verwacht?

[illegible]

De Triagetool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk is een onderdeel van de Handreiking Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk (zie 113.nl).

Bibliografie

113, Zelfmoordpreventie (z.d.). Triagetool zelfmoordpreventie voor huisartsenpraktijk.

Opgehaald van

<https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Triagetool%20huisartsenpraktijk.pdf>

Alexander, D., Klein, S., Gray, N. S., Dewar, I. G., & Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ*, 320(7249), 1571–1574. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1571>

Andriessen, K., & De Fauw, N. (2005). Het overkomt ons niet: de suïcide van een cliënt. *Psychopraxis*, 7(3), 73–76. <https://doi.org/10.1007/bf03072205>

Roths, I., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M. R. (2013). Patient Suicide: The Experience of Flemish Psychiatrists. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 43(4), 379–394. <https://doi.org/10.1111/sltb.12024>

Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G. B., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416>

De Beurs, D. (2020). *Mythen over zelfmoord*. Boom uitgevers Amsterdam BV.

De Bisscop, E. (2018). *Een alcoholprobleem? Wat nu?* Antwerpen-Apeldoorn: Garant Uitgever.

De Bisscop, E. (2019). *Een relatieprobleem? Wat nu?* Apeldoorn-Antwerpen: Garant Uitgever.

De Ten Hove, M. L. F. (2007). *Korte therapie. Handleiding bij het Brugse model voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Garant.

De Ten Hove, M. L. F. (2008). *Survivalkit voor leerkrachten: oplossingsgericht werken op school*. Garant.

De Waele, K., & Erauw, K. (2010). Hulpverlener als nabestaande - Powerpointpresentatie.

Dounis, A. (2021, september 18). NLP MOVIE THEATRE TECHNIQUE TO LET GO OF PAINFUL PAST EMOTIONS AND CREATE AN EMPOWERED SELF [Video].

Gijzen, M., & Portzky, G. (2021). *Epidemiologisch Rapport: De Vlaamse suïcidedcijfers in een nationale en internationale context*. Gent: Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *PubMed*, 27(4), 379–386.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9444733>
- Henden, J. (2017). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. John Wiley & Sons.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Haas, A. C., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022–2027.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.2022>
- Het beroepsgeheim doorbreken in het kader van de hulpverleningsplicht (art. 422bis van het Strafwetboek) | Psychologencommissie.* (z.d.). <https://compsy.be/nl/422bis#anker4>
- Hulp. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 12 december 2022, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/hulp#.ZGYd5HZBy5c>
- Hulpverlener. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 12 december 2022, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/hulpverlener#.ZGYddnZBy5c>
- iiCoS. (2020, 2 april). *The bubble a spatial protection Barbara Pelkmann - iiCoS* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=r-An7DIOcwQ>
- Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Amsterdam: Boom uitgevers
- Isebaert, L. (2022). *De therapeutische alliantie. Het Brugs Model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie.* (G. Lefevere, Red.) Gent: Academia Press.
- Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet - volledig nieuwe editie: Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Korzybski - info@korzybski.be. (z.d.). *Over ons - Korzybski*. Korzybski.
<https://www.korzybski.be/nl/over-ons>
- Lamb, G., PhD. (2021, 15 december). 'Through Others We Become Ourselves' - Leaky Grammar - Medium. *Medium*. <https://medium.com/leakygrammar/through-others-we-become-ourselves-b523683f0389>
- Lethem, J. (2002). Brief Solution Focused Therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00033>

- Marwit, S. J., & Klass, D. (1995). Grief and the Role of the Inner Representation of the Deceased. *Omega - Journal Of Death And Dying*. <https://doi.org/10.2190/peaa-p5ak-l6t8-5700>
- Miller, G., & De Shazer, S. (2000). Emotions in Solution-Focused Therapy: A Re-examination. *Family Process*, 39(1), 5–23. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39103.x>
- Morris, M. (1995). The aftermath of suicide. *British journal of nursing*, 4(4), 205–208. <https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.4.205>
- Neal, S. B. (2017). The Impact of a Client's Suicide. *Transactional Analysis Journal*, 47(3), 173–185. <https://doi.org/10.1177/0362153717711701>
- Ontkenning. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 2 februari 2023, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/ontkenning#.ZGYeXHZBy5c>
- Oorzaak. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/oorzaak#.ZGYeonZBy5c>
- Reden. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/reden#.ZGYewHZBy5c>
- Verdoven. (z.d.) In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 2 februari 2023 van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/verdoven#.ZGYe6nZBy5c>
- Vormingen en kennisaanbod | Zelfmoord 1813. (z.d.). Zelfmoord 1813. <https://www.zelfmoord1813.be/vormingen>
- Weiner, K. (2014). *Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide: Breaking the Silence*. Routledge.
- World Health Organization: WHO. (2021). Suicide. www.who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>