

Wie helpt de hulpverlener

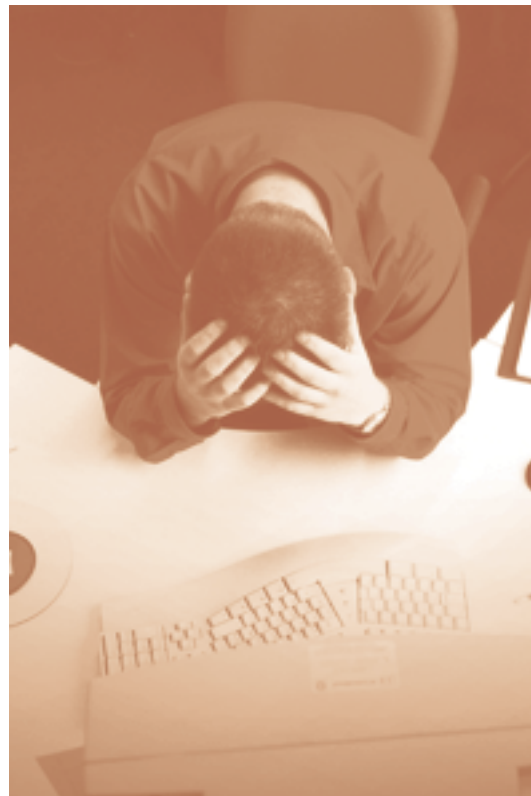


Karl Andriessen
maatschappelijk assistent,
coördinator van het Project Zelfmoordpreventie
van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg,
vicevoorzitter van de Werkgroep Verder,
Nabestaanden na Zelfdoding,
chair van de Taskforce Postvention
van de Internationale Vereniging
voor Zelfmoordpreventie

Katja Blauwbloeme
maatschappelijk assistente,
tewerkgesteld als preventiemedewerkster
van het Project Zelfmoordpreventie
in Centra Geestelijke Gezondheidszorg
Zuid-Oost-Vlaanderen,
medewerkster van de Werkgroep Verder
en ondersteunt de
Gespreksgroep voor Nabestaanden
na Zelfdoding Aalst



na de suïcide van een cliënt?



Iedere hulpverlener wordt opgeleid om mensen ten dienst te zijn, te helpen en soms zelfs letterlijk te redden. Dat is de essentie van ons werk. Maar vaak stoot men op de eigen grenzen en machteloosheid. Wat gebeurt er met de hulpverlener als deze het gevoel heeft te falen? Wat gebeurt er met de hulpverlener als de cliënt ondanks alle zorg en ondersteuning zichzelf uiteindelijk toch doodt? Onderzoek rond het thema 'de hulpverlener als nabestaande' is eerder schaars. Is dit thema taboe in de geestelijke gezondheidszorg of gaat men er van uit dat hulpverleners een soort bovenmenselijke kracht hebben om met alles te kunnen omgaan?

Het meemaken van een cliëntsuiicide is geen zeldzaam fenomeen. Freud rapporteerde reeds in 1898 over zijn eigen -onderdrukte- gevoelens na de suïcide van één van zijn cliënten. Het aantal hulpverleners dat met een suïcide wordt geconfronteerd, wordt vrij hoog geschat, namelijk van 38% tot 82% (tabel 1).

Tabel 1: Hoeveel hulpverleners verloren een cliënt door suïcide?

AUTEUR	JAAR	ONDERZOEKSGROEP	SETTING	AANTAL
Holden	1978	psychiaters en psychologen	residentieel	43%
Lapp	1986	psychotherapeuten	residentieel + ambulante	38%
Chemtob	1988	psychiaters en psychologen	residentieel + ambulante	51%
Cryan	1995	psychiaters		82%
Grad	1997	psychiaters en psychologen	residentieel	70%
Alexander	2000	psychiaters	residentieel + ambulante	67%
Pieters	2003	psychiaters	residentieel	69%

Deze cijfers dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en kunnen niet zomaar worden veralgemeend. Het thema is bijna uitsluitend onderzocht bij psychiaters, al dan niet in opleiding, en bij psychologen en therapeuten. En sommige oudere onderzoeken waren in opzet eerder beperkt of toonden methodologische beperkingen.

De impact van een suïcide op de hulpverlener is afhankelijk van een aantal variabelen (Andriessen & De fauw, 2005; Pieters et al., 2003; Alexander et al., 2000; Hendricks, 1999).

De hulpverleningsrelatie: wat ging aan de suïcide vooraf

- Duur en intensiteit: wanneer men de cliënt maar éénmaal heeft gezien, zal men vanzelfsprekend anders reageren dan wanneer het gaat om iemand die men regelmatig zag.
- Ambulante of residentiële setting: Cooper (1995) gaf aan dat er een verhoogde stressreactie aanwezig was bij een suïcide in een psychiatrische setting. Na een suïcide op de afdeling moet het verpleegkundig personeel getraumatiseerde patiënten helpen, terwijl zij het tegelijkertijd ook zeer moeilijk hebben.
- Aard van de relatie: als de hulpverleningsrelatie gekenmerkt werd door kwaadheid of vijandigheid mag men verwachten dat dit drukt op de hulpverlener.
- Manier van zelfdoding: bijvoorbeeld in de instelling zelf, met veel gewelddadigheid, met door de behandelaar voorgeschreven medicatie, in de verlofperiode van de hulpverlener, in stilte en afzondering, kort na ontslag...
- Het eventuele onverwachte karakter: de hulpverlener kan niet anticiperend rouwen indien deze niet op de hoogte was van de suïcidale ideatie van de patiënt.
- De werkomgeving: de mate waarin men vrijuit over zijn emoties en gevoelens kan en mag spreken, beïnvloedt de rouwverwerking. Het blijkt ook dat wanneer een hulpverlener alleen instaat voor de cliënt, bijvoorbeeld in een solopraktijk, men de zelfdoding moeilijker verwerkt.

- Ten slotte spelen persoonlijke factoren een rol, zoals geslacht, leeftijd, het aantal jaren in het werkveld, de draagkracht en de privéomstandigheden van de hulpverlener.

Persoonlijke reacties

Hulpverleners vertonen na een suïcide van een cliënt persoonlijke reacties die vergelijkbaar zijn met de reacties van andere nabestaanden. De hulpverleners ervaren eveneens een mix van tegenstrijdige gevoelens en gedachten, en worstelen met dezelfde thema's, met dezelfde mate van intensiteit, zowel op korte als lange termijn.

- Shock en verbijstering: vanwege het onverwachte van de suïcide of de manier waarop die plaatsvond, ook al wisten sommige hulpverleners dat hun cliënt suïcidaal was.
- Ontkenning: "Heeft meneer Jansens zich van kant gemaakt? Was het geen ongeval of moord?"
- Schaamte: volgens Grad et al. (1997) komt dit meer voor bij vrouwen dan bij mannen en werd gerapporteerd door 31% van de vrouwelijke therapeuten versus 0% van de mannelijke therapeuten. Men vermoedt dat het verschil veroorzaakt wordt door een verschil in opvoeding.
- Schuldgevoelens: deze werden in hetzelfde onderzoek gemeld door 83% van de vrouwen en door 52% van de mannen. Vanuit het ideaal dat men de suïcide had moeten voorkomen en de verantwoordelijkheidsgevoelens die men heeft ten aanzien van een suïcidale cliënt, kunnen intense schuldgevoelens ontstaan. Ze komen tot uiting in de verschillende vragen waarmee de hulpverlener worstelt. "Wat heb ik niet gemerkt?" "Wat heb ik verkeerd gedaan?" "Wat heb ik niet gedaan dat ik misschien wel had moeten doen?" Dit zorgt ervoor dat de gesprekken keer op keer geanalyseerd worden, dat men de 'film' herhaaldelijk afspeelt, een patroon dat ook bij andere nabestaanden sterk optreedt. De schuldgevoelens kunnen nog meer worden gevoed, wanneer de suïcide plaatsvond tijdens de verlofperiode van de hulpverlener of tijdens het weekend of kort na ontslag. Men merkt wel

Wie helpt de hulpverlener na de suïcide van een cliënt?

op dat als een hulpverlener meer dan één suïcide heeft meegemaakt, er minder schaamte, minder schuld en minder vragen aanwezig zijn.

- Verdriet: voor het verlies van de patiënt en voor de tragische afloop.
- Angst: bijvoorbeeld om controle te verliezen, voor reacties van directie, collega's, familie van de cliënt.
- Woede en agressie: omdat men zich in de steek gelaten kan voelen door de cliënt, maar ook doordat de suïcide ervaren kan worden als een afwijzing en een beschuldiging. De hulpverlener kan kwaad zijn op de cliënt voor de pijn, de angst en de schuld die de cliënt met de suïcide induceert en hij kan tevens teleurgesteld zijn dat de cliënt de eventuele niet-suïcide en andere therapeutische afspraken heeft verbroken.

De woede kan eveneens gericht worden op de familieleden, vrienden en therapeuten van de cliënt, bijvoorbeeld omdat ze de cliënt niet voldoende bewaakt zouden hebben. Kwaadheid kan ook gericht zijn naar de samenleving in het algemeen of naar de media voor het schenden van de privacy of de eventuele sensationele berichtgeving.

- Opluchting: bijvoorbeeld wanneer de relatie met de cliënt zeer gespannen was, de cliënt vaker een suïcidepoging had gedaan, de beschikbare hulp niet kon of wilde aanvaarden, bijvoorbeeld bij herhaalde opnames, nachtelijke telefoontjes... of bij mensen met chronische suïcidale problematieken. Daarnaast kan de hulpverlener opgelucht zijn wanneer hij niet de enige 'schuldige' blijkt te zijn, bijvoorbeeld als de cliënt in behandeling was bij verschillende hulpverleners.
- Eenzaamheid: vaak hebben hulpverleners het gevoel alleen te staan, geïsoleerd te zijn met het gebeurde.
- Machteloosheid: de suïcide is niet kunnen voorkomen en kan niet ongedaan worden gemaakt.
- Aandacht en concentratie: de meeste hulpverleners nemen de suïcide mee naar huis. Dit kan leiden tot irriteerbaarheid, slaapmoeilijkheden, moeilijker kunnen omgaan met dagelijkse problemen, preoccupatie met suïcide...

Professionele reacties

Naast de persoonlijke reacties vertonen hulpverleners reacties die samenhangen met hun maatschappelijke rol ten opzichte van cliënten.

De meeste hulpverleners stellen zich vragen bij de omvang van hun verantwoordelijkheid voor het leven van de suïcidale cliënt. Suïcidale cliënten induceren bij hulpverleners gevoelens van angst, waardoor de hulpverlener geneigd kan zijn om sneller over te gaan tot actieve reddingsacties.

Freud schreef in 1926: "I shall therefore do all in my power to avert that eventuality."

De almachtige gevoelens van de hulpverlener kunnen oplopen, waardoor hij overschat wat hij kan doen voor de cliënt. Bij een suïcide wordt het narcisme van

de hulpverlener gekrenkt. Waarbij de hulpverlener onzeker wordt en zijn eigen deskundigheid in vraag gaat stellen. Men krijgt een extreem gevoel van falen. Dit kan tot gevolg hebben dat sommige hulpverleners weigerachtig worden om suïcidale patiënten op te nemen, uit schrik het opnieuw mee te maken.

Bij een suïcide kan er een breuk ontstaan in de samenwerking, wanneer men elkaar de schuld of kritiek geeft of wanneer er verschillende opinies zijn van wat er na een suïcide moet gebeuren.

Anderzijds kan een suïcide de aanleiding zijn om actief te zoeken naar informatie over suïcidepreventie en risico-inschatting. Tevens kunnen er veranderingen optreden inzake medicatie-, opname- en ontslagbeleid.

Volgens Kayton & Feed (1967) is een andere reactie het dwangmatig willen helpen van andere cliënten, deels uit angst voor een volgende suïcide. Men is hierbij meer alert voor suïcidale signalen van cliënten en men gaat meer doorvragen naar de suïcidale ideatie van mogelijke risicopatiënten. De hulpverlener kan meer bezorgd zijn om een mogelijke suïcide bij andere cliënten en/of in diens omgeving.

De hulpverlener kan vrezes voor publieke vernedering/aanval of voor bekendmaking door de media. Gelukkig speelt dit in België minder een rol, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten waar onder andere hulpverleners omwille van schadeclaims vaker voor de rechter worden gedaagd.

Een aantal hulpverleners nam verlof na een suïcide. Sommige hulpverleners dachten eraan met vervroegd pensioen te gaan of een andere job te zoeken. Hulpverleners kunnen de hevige en vaak ondraaglijke gevoelens die na een suïcide ontstaan op diverse manieren afweren.

- Ontkenning: niet geloven dat de cliënt door suïcide om het leven kwam. Grad et al. (1997) rapporteerde dat hulpverleners soms aangeven dat de suïcide geen invloed heeft op hun persoonlijk en professioneel leven. Hierbij worden hun gevoelens geblokkeerd of verdrongen.
- Verschuiving: bijvoorbeeld de woede gericht op de cliënt wordt gericht op een andere hulpverlener of op zichzelf. Daarnaast kan men eigen schuldgevoelens projecteren op een ander, of rationaliseren en bijvoorbeeld denken dat de cliënt zo nog het beste af is.
- Identificatie: met familie en/of cliënt. De hulpverlener kan een aantal zaken herkennen die hij ook terugvindt in zijn eigen leven, waardoor hij angstig en onzeker wordt. De hulpverlener kan zich dan verschillende vragen stellen, zoals "Wat maakt mij verschillend?", "Zal ik zo ook worden?"
- Depressief: in sommige gevallen wordt de hulpverlener depressief en/of suïcidaal.

Opvang van de hulpverleners

Hulpverleners die een cliëntsuiïcide hebben meegemaakt, geven aan dat een mix van formele en informele opvang en steun het meeste voldoening geeft.

- Teambijeenkomst: hulpverleners die in team werken, dienen zo snel mogelijk bijeen te komen om de eerste reacties op de suïcide te bespreken en gevoelens te ventileren. Dit moet helpen om de realiteit van de suïcide te accepteren en de eerste gevoelens van shock, woede, schuld en professionele onzekerheid te erkennen. Dit gebeurt uiteraard niet in een veroordelende of beschuldigende sfeer. Integendeel, het personeel moet 'ontschuldigd' worden door de leidinggevenden. Daarbij moet er informatie worden gegeven over wat er precies is gebeurd, want fantasieën zijn soms erger dan de werkelijkheid.
- Psychologische autopsie: na een aantal weken kunnen de omstandigheden van de suïcide kritisch worden bekeken. Dit moet helpen om het totstandkomen van de suïcide zo goed mogelijk te begrijpen en de aangeboden behandeling te evalueren, om zo te bepalen wat in het beleid of de aanpak van cliënten eventueel kan worden gewijzigd.
- Draaiboeken: na verloop van tijd, wanneer de crisisperiode voorbij is, bijvoorbeeld vier of zes weken na de suïcide, kan men een draaiboek opstellen. Dit dient richtlijnen te geven voor het omgaan met suïcidale cliënten en het zetten van de nodige stappen na een suïcide(poging). Ze bieden een extra ondersteuning en houvast voor het team, waardoor iedereen op de hoogte is van de te volgen stappen.
- Supervisie: hulpverleners zoeken ondersteuning bij een supervisor, collega's, vrienden en familie. Volgens Grad et al. (1997) zouden mannen meer geneigd zijn om na een suïcide het gebeuren met hun partner te bespreken dan met hun supervisor uit schrik voor professionele evaluatie. Het is natuurlijk niet evident, omdat het thuisfront zo onder druk kan komen te staan. Vrouwen hebben meer nood om erover te praten dan mannen: 75% versus 30%. Anderzijds blijkt het voor mannen belangrijker te zijn om terug aan het werk te gaan dan voor vrouwen: 30% versus slechts 3%.
- Informele gesprekken: naast bijvoorbeeld een formele bespreking op het team of met een supervisor, kunnen informele contacten heel ondersteunend zijn.
- Feedback: in het algemeen waarderen hulpverleners meestal constructieve feedback of het positief herkaderen van het gebeuren.
- Uitvaart: in het onderzoek van Alexander (2000) bleek dat het bijwonen van de uitvaart voor 63% van de hulpverleners behulpzaam was bij het verwerken van de gebeurtenissen, maar slechts 15% van de hulpverleners was naar de uitvaart gegaan.
- Contact met familie: wanneer de hulpverlener de nabestaanden ontmoet, al dan niet bij de uitvaart, is het belangrijk dat beide ondersteund worden. Beide partijen zijn kwetsbaar en dienen de mogelijkheid te krijgen om met hun eigen rouwgevoelens bezig te zijn. De hulpverlener

kan zich bijvoorbeeld laten vergezellen door een collega die niet bij de cliënt was betrokken. De familie en andere nabestaanden zitten uiteraard met een heleboel vragen, ook over de geboden hulpverlening. Hier moet de hulpverlener voorzichtig zijn in wat hij zegt. Het beroepsgeheim blijft bestaan, ook al is de cliënt overleden.

- Spiritualiteit: zingeving, eigen psychologische veerkracht of ander verwerkingsgedrag, bijvoorbeeld erover schrijven, beeldend werk, sporten...
- Training: hulpverleners dienen getraind en opgeleid te zijn inzake suïcidepreventie. Het gaat dan niet alleen over de klinische aspecten, zoals risico-inschatting, crisisinterventies, gespreksvoering, het betrekken van de omgeving..., maar ook het verkennen van de eigen beleving. "Wat doet een suïcidale cliënt met mij?" "Wat verandert er in mijn gedrag, mijn handelingen?" "Wat zou een suïcide met mij doen?" "Hoe ga ik erop reageren?"

Uitleiding

Hoe nefast de gevolgen van suïcide ook kunnen zijn, het adequaat doorwerken van rouw na suïcide brengt ook heel wat op, namelijk een meer realistische houding ten aanzien van suïcide, de ervaring van het meegemaakt en over- en doorleefd te hebben, en misschien een duidelijker beeld van het professionele kunnen. Volgens Gael (1997) maakt dit de therapeut zelf tot een 'ander' persoon - triester, maar misschien ook wel wijzer.

Referenties

- Alexander DA ea (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal* 320: 1571-1574.
- Andriessen K & De Fauw N (2005). Het overkomt ons niet: de suïcide van een cliënt. *Psychopraxis* 7: 90-94.
- Cooper C (1995). Psychiatric stress debriefing: Alleviating the impact of patient suicide and assault. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*: 33 21-25.
- Chemtob CM ea (1988). Patients' suicides frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry* 145: 224-228.
- Gael M (1997). Als de chirurg in eigen vingers snijdt... Over de grenzen van de psychische draagkracht van de psychotherapeut. Lezing winterconferentie VVKP-NIP.
- Grad OT ea (1997). Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27: 379-386.
- Hendricks I (1999). Een suïcide in een groep. *Tijdschrift Groepstherapie* 33(3): 177-195.
- Holden LD (1978). Therapists response to patient suicide: professional and personal. *Journal of Continuing Education in Psychiatry* 39(5): 23-32.
- Kayton L & Freed H (1967). Effects of a suicide in a psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry* 17: 187-194.
- Lapp GE (1986). Therapists' response to client suicide. *Dissertation Abstracts International* 47: 2622D.
- Pieters G ea (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry* 18: 345-349.