
BEGELEIDING VAN NABESTAANDEN NA ZELFDODING

De implementatie van een programma

Annelies de Laat, SPV en coördinator suicidepreventie, werkzaam bij GGZ Friesland en als POH-GGZ binnen een huisartsenpraktijk.

Inleiding

Het Trimbos doet in het beleidsadvies van 2007 de aanbeveling om regionaal een laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden te organiseren. Al lange tijd bestaat in Friesland de werkgroep "Nabestaan na zelfdoding Friesland, geleid door vrijwilligers en lotgenoten. Dit biedt de mogelijkheid voor nabestaanden om contact te hebben met een lotgenoot of deel te nemen aan een gespreksgroep. De ervaring is dat nabestaanden in het eerste jaar na de suicide slecht in staat zijn om deel te nemen aan een groep. Ons programma biedt een goede aanvulling op de al bestaande hulp binnen onze regio. Enkele jaren geleden is er een programma gemaakt voor de opvang van nabestaanden na suicide. De effectiviteit van dit programma is onderzocht en beschreven (De Groot et al, 2007). Ook andere onderzoeken tonen aan dat er speciale behoefte is van nabestaanden en dat het suicides kan voorkomen (Cerel & Campbell, 2008, Kim e.a., 2005).

In dit artikel wordt de implementatie van dit programma beschreven in de GGZ van de provincie Friesland. Het programma is tot stand gekomen door inzet van de GGD, de Werkgroep Nabestaan Na Zelfdoding Friesland en de GGZ Friesland. In Friesland vinden jaarlijks zo'n 65 suicides plaats. Deze mensen laten allemaal nabestaanden achter waarop het gebeuren een grote impact heeft.

In 2009 hebben er 12 verwijzingen na een zelfdoding plaatsgevonden. Bij een verwijzing varieerde het aantal mensen dat om hulp vroeg van 1 tot 6.

In dit artikel wordt een impressie gegeven van de werkwijze en de waarde van het programma.

Het proces in de praktijk

Het programma begint te draaien zodra er een suicide heeft plaatsgevonden. De GGD komt ter plaatse om de lijkshouwing te doen en informeert de huisarts over de reden van overlijden. Er wordt aan de huisarts een folder gestuurd met uitleg over het programma, met het verzoek om deze uit te reiken aan de nabestaanden. Nadat de huisarts de folder aan de nabestaanden heeft uitgereikt, kunnen deze kiezen om ondersteuning te krijgen vanuit het programma.

Wil men begeleiding dan kunnen ze bellen met de GGD, waar een verpleegkundige gegevens noteert en uitleg geeft over het programma. Hierna wordt de casus doorgespeeld naar de coördinator van de GGZ. Zij belt vervolgens met de nabestaanden om te vragen wie van de gezinsleden bij de gesprekken aanwezig wil zijn en waar de gesprekken plaatsvinden. Nabestaanden worden ingeschreven als cliënten van de GGZ en de contacten worden geregistreerd als preventieactiviteiten. De gesprekken worden gevoerd door één of twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en). Afhankelijk van de grootte van het netwerk van nabestaanden.

In deze logistiek zijn er na verloop van tijd kleine aanpassingen gedaan.

Er is bij de start van het programma gekozen om aanmeldingen van nabestaanden via de GGD te laten lopen.

Het idee hierachter was de aanname dat veel nabestaanden moeite konden hebben met de GGZ omdat de overledene daar soms in behandeling was geweest. Deze moeite bleek in de praktijk erg mee te vallen. Hierdoor is de folder aangepast, waarin de GGZ duidelijker zichtbaar is geworden.

Een ander punt van aanpassing is het feit dat er nu eerst door de GGZ telefonisch contact gezocht wordt met de nabestaanden om de hulp beter af te stemmen en eventuele gevoeligheden op te sporen. Nabestaanden worden hierdoor vooraf beter geïnformeerd.

De SPV-en en hadden bij aanvang schroom om aan nabestaanden te melden dat ze moesten worden ingeschreven bij de GGZ. Doordat dit nu direct bij aanvang wordt verteld, ontstaat er openheid en duidelijkheid. Nabestaanden hebben zich tot nu toe nooit om deze reden teruggetrokken.

Bij aanvang in 2006 zijn er 6 SPV-en getraind om deze vorm van hulp te geven. De training houdt in dat er literatuur gelezen moet worden, dat men de modules binnen het protocol kent en hoe men psychoeducatie kan geven over rouw en rouwverwerking na zelfdoding.

Momenteel zijn er 5 SPV-en die de provincie Friesland bestrijken met het programma.

Uitgangspunten van de hulp

De begeleiding is gebaseerd op het werkboek voor nabestaanden "Verlies door Zelfdoding" door Marieke de Groot en Jos de Keijser (de Groot en Keijser, 2008). Belangrijk uitgangspunt in hun visie is dat rouw een gezonde reactie is en de begeleiding geen therapie is. Het doel is het voorkomen van gecompliceerde rouw en nabestaanden te helpen in een gezond rouwproces terecht te komen.

Bovendien is het een preventieve interventie ter voorkoming van suicide omdat deze doelgroep een verhoogd risico loopt. Uit onderzoek komt meerdere malen naar voren dat binnen families suicide soms vaker voorkomt, familieleden van suicideslachtoffers vormen een groep met een verhoogd risico. (Roy 1983) Zij kunnen gevoeliger zijn voor negatieve gevolgen van de suicide en kunnen psychische problemen ontwikkelen, waaronder gecompliceerde rouw.

Gecompliceerde rouw wordt sterk geassocieerd met suicidaliteit. (Latham en Prigerson 2004, Mitchell et al. 2005)

De begeleiding biedt ondersteuning in een vroeg stadium van het rouwproces. Zo'n 2 á 4 maanden na overlijden wordt doorgaans het eerste gesprek gepland. De ondersteuning bestaat uit voorlichting over rouw, zelfdoding en het rouwproces. Verder wordt gebruik gemaakt van eenvoudige cognitieve interventies, zoals het opsporen van denkfouten en het omzetten van negatieve gedachten naar neutrale of positieve gedachten.

Daarnaast wordt er aandacht besteedt aan sociale steun en nabestaanden worden gestimuleerd die te zoeken buiten het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Alleen die groep die zelf suicidale of depressieve problemen ontwikkelt, wordt geadviseerd om hulp te zoeken.

Partners, (aangetrouwde) kinderen, broers en zussen komen in aanmerking voor deze vorm van hulp. Bij voorkeur wordt de hulp in gezinsverband gegeven, omdat dit direct de mogelijkheid biedt om de communicatie onderling te verbeteren en steun te organiseren. Familieleden beslissen zelf of ze mee willen doen, en soms wil iemand om wat voor reden dan ook niet samen met de anderen meedoen. Hieraan wordt tegemoet gekomen.

Het eerste gesprek vindt vaak thuis bij de nabestaanden plaats en in dit gesprek ligt de nadruk op wat is er precies gebeurd. Er is ruimte voor "de waarom vraag". In de overige gesprekken is er facultatief aandacht voor schuldgevoelens, sociale steun en onderlinge communicatie (de modules).

Een casus

Het gezin de Waal meldt zich aan bij de GGD. Een maand daarvoor heeft de suicide plaatsgevonden van Gerard, de oudste zoon van het gezin de Waal. De familie is onzeker hoe ze verder moeten. Er vindt telefonisch contact plaats met de familie om afstemming en uitleg te geven. Het gezin bestaat uit Jan (26) en Tineke (21), vader (50+) en moeder (50+). De zoon van 27 jaar heeft zich gesuïcideerd. Alle kinderen zijn het huis al uit. De familie wil een gezinsgesprek. Dit gebeurt door 2 SPV-en.

Het eerste gesprek vindt 2 maanden na de suicide bij het gezin thuis plaats, aan het eind van de middag zodat iedereen aanwezig kan zijn. Ook de zoon die 150 km verderop woont, is thuis gekomen. In dit eerste gesprek wordt er vooral stil gestaan bij wat er precies gebeurd is en komt de suicide uitgebreid aan de orde. Gerard suïcideerde zich erg onverwachts, er is geen psychiatrische voorgeschiedenis. Hij heeft nooit eerder een poging gedaan of zich daarover geuit. Wel wordt duidelijk dat er in het verleden al vaker zorgen om hem zijn geweest. De laatste dagen voor zijn overlijden en hoe hij zich gesuïcideerd heeft komen aan de orde. Gerard heeft zichzelf omgebracht door koolmonoxidevergiftiging. Hij heeft ramen en deuren afgeplakt en d.m.v. een barbecue de vergiftiging op gang gebracht. Hij lag netjes op zijn bed en alles was zorgvuldig opgeruimd. Hij heeft een korte afscheidsbrief geschreven.

Gerard komt naar voren als een einzalgänger, iemand die moeite had met contacten leggen en daar onder leed. Hij was een intelligente man, had atheneum gedaan en daarna een HBO opleiding. Sinds korte tijd had hij een baan en woonde sinds enkele jaren op zichzelf. Hij had weinig sociale contacten, maar hij had nog altijd contact met zijn jeugdvriendin. Zij had sinds kort een relatie, waardoor het contact veranderd was. Tegen zijn ouders had hij verteld dat het niet zo goed met hem ging en dat hij contact met de huisarts had gezocht. Hij was somberder gestemd. Hij was enkele malen bij de huisarts geweest met depressieve klachten in de weken voorafgaande aan de suicide. Gerard woonde in dezelfde stad als zijn ouders en hij kwam ongeveer 2 keer per week thuis eten. De avond voor zijn overlijden was hij nog gezellig thuis geweest en had flink zitten eten. De ouders hebben die avond geen bijzondere signalen gezien. En ook achteraf blijven die moeilijk traceerbaar.

Het eerste opvanggesprek verloopt ingetogen emotioneel. Iedereen krijgt ruimte om zijn eigen visie op de suicide te geven. Er is veel ruimte voor ieders verhaal. De interventies onzerzijds zijn; de suicide in een (psychiatrisch) kader plaatsen en vanuit onze deskundigheid kijken naar wat er op dat moment met hem aan de hand was. Dit betekende dat er verschillende aanwijzingen zijn om te veronderstellen dat Gerard mogelijk depressief is geweest en deze dit wordt teruggeven. In zo'n eerste gesprek is de SPV gesprekleider en zorgt ervoor dat iedereen aan bod komt. Daarnaast wordt er een inschatting gemaakt wie mogelijk extra zorg of aandacht nodig heeft

Aan het eind van het gesprek wordt aangeraden om het boek: Verlies door Zelfdoding aan te schaffen of te lenen om het in tussenliggende periode te lezen. De folder van de zelfhulpgroep wordt achtergelaten, om nabestaanden op de hoogte te brengen van de mogelijkheid om contact te hebben met lotgenoten.

Het tweede en derde gesprek vinden vervolgens 4 en 7 maanden na het overlijden plaats. Er wordt gebruik gemaakt van circulaire vragen. De gezinsleden bevragen elkaar indirect naar de gedachten over de suicide, schuldgevoelens, etc. Op deze manier wordt getracht de communicatie over het verlies te verdiepen, en worden verschillen in het rouwproces onderling verduidelijkt. Het onderling begrip en ruimte voor verschillen wordt bevorderd. Er wordt in deze gesprekken veel psycho-educatie gegeven over rouw.

Moeder vertelt in het tweede gesprek dat ze zich vooral zorgen maakt om Jan. Dit blijkt de voornaamste motivatie voor de ouders te zijn om de gesprekken te hebben. Jan leeft zich in in de wanhoop van zijn overleden broer, stelt zich voor dat hij naast zijn broer zat terwijl deze suïcide pleegt. Er wordt gevraagd naar eigen suïcidedgedachten of andere klachten. Die worden ontkend. In een later gesprek komt naar voren dat hij hulp bij een psycholoog heeft in zijn eigen omgeving. Moeder laat zich steeds van haar sterke kant zien, zodat de kinderen niet merken hoe slecht ze zich eigenlijk voelt. De kinderen mogen zich van haar geen zorgen om haar maken, want ze wonen immers ver weg en moeder is bang dat ze erg over haar inzitten. Angst om elkaar te belasten, elkaar te verliezen wordt besproken. Er wordt gewerkt aan het opener communiceren daarover en de verbinding met elkaar te versterken. Duidelijke schuldgevoelens zijn er niet. Moeder heeft wel de gedachten: "had ik hem niet beter naar het gymnasium kunnen laten gaan, misschien was hij daar wel beter op zijn plek geweest". Bij deze gedachten wordt stilgestaan en op gereageerd door de anderen.

Het boek Verlies door zelfdoding is door de familie aangeschaft. Moeder kan er niks mee, terwijl vader aangeeft dat hij het een aanvulling vindt. De kinderen zijn er nog niet mee bezig geweest, hebben het druk met studie en werk. Er is geen boosheid in de familie naar de zoon toe. Ze hebben veel moeite met afkeurende meningen over suïcide en moeder ontwikkelt hierin een sociaal fobisch patroon. Ze heeft moeite om naar winkels te gaan e.d. Zij wordt door ons gestimuleerd om dit toch weer op te pakken en het lukt haar naar verloop van tijd dat te doen.

In de tussenperiode vindt er eenmaal een individueel gesprek plaats met moeder. Dit gebeurt na tussenkomst van de huisarts die een huisbezoek heeft gedaan omdat moeder depressief op bed lag. De huisarts stelt antidepressieve medicatie voor en dat de SPV contact met haar zoekt.

In dat gesprek blijkt dat moeder meer moet gaan werken van de bedrijfsarts en dat ze slecht tegen de werkdruk op kan. Daarnaast is er nog iedere dag aanloop van mensen die het goed bedoelen en de familie wil steunen. Ze komt hierdoor slecht aan zichzelf toe. Ze wordt gestimuleerd om grenzen te stellen en de bedrijfsarts weer om een gesprek te vragen. Deze actie en steun helpt voldoende om haar weer vooruit te helpen in haar rouwproces en haar klachten kunnen geduid worden als rouwklachten, niet als depressieve klachten.

Na $\frac{3}{4}$ jaar na het overlijden heeft het echtpaar contact gezocht met een zelfhulpgroep voor lotgenoten en kiest er voor om hier aan deel te nemen.

Met dochter Tineke vindt op haar verzoek een gesprek samen met haar vriend plaats. Hierin gaat het met name om hun gezamenlijke communicatie over het overlijden van Gerard. Daarnaast heeft ze een terugval gekregen nadat ze haar studie heeft afgerond. Ze heeft haar scriptie opgedragen aan haar overleden broer en hoopte dat ze zich blij en opgelucht zou voelen als ze geslaagd was, maar daarentegen voelde ze zich erg verdrietig. Ze had een feestje willen geven, maar was niet in de stemming daarvoor. Moeder had haar gesteund dit feestje af te zeggen, terwijl ze de uitnodigingen al heeft verstuurd en ze zich schuldig voelde naar de genodigden.

Ongeveer één jaar na overlijden vindt nog een afsluitend gesprek met het gezin plaats. De kinderen hebben hun leven weer goed opgepakt en geven aan dat het goed met ze gaat. Tineke zoekt een nieuwe baan, die meer past bij haar diploma. Jan heeft nog hulp en is, naast zijn baan met een universitaire studie bezig.

De ouders zijn nog regelmatig erg verdrietig en slapen soms slecht. Ze zijn beiden weer aan het werk. Op het moment van afsluiting zijn ze bezig met gesprekken in de lotgenotengroep voor nabestaanden.

De klachten die er nog zijn vallen binnen normale rouw. En in hun omgeving hebben ze steun georganiseerd waarmee ze vooruit kunnen. Het contact wordt afgesloten. De familie geeft aan de gezinsgesprekken als steunend te hebben ervaren. Ook de mogelijkheid om individueel een gesprek te hebben sloot goed aan.

Tot besluit

Nazorg na zelfdoding die op deze manier georganiseerd is, is in onze regio een belangrijke aanvulling op de bestaande zorg. Ik pleit ervoor dat het overal in Nederland gekeken wordt wat er aanvullend georganiseerd moet worden voor nabestaanden na suïcide.

Er is een kwetsbare groep onder de nabestaanden die na suïcide van een familielid suïcidegedachten en gecompliceerde rouw ontwikkelt. Op basis van de literatuur, ondersteund door studies zou deze groep kunnen profiteren van deze hulp. (de Groot 2008)

Inmiddels hebben wij in Friesland enkele jaren ervaring met het bieden van deze interventie aan nabestaanden. Onze ervaring leert dat er behoefte is aan professionele hulp op dit gebied. En dat deze hulp gewaardeerd wordt.

De kracht van onze opzet is de samenwerking met bestaande organisaties en dat de hulp aanvullend is op wat al georganiseerd is en goed loopt. Suïcides voorkomen in de toekomst kun je niet alleen. En een groot gedeelte van de suïcides zijn niet bekend bij de GGZ, sterker nog daarmee hebben zij nooit contact gehad. Daardoor moet je als GGZ ook naar buiten de instelling om in contact te komen met de nabestaanden.

Hulpverleners die deze hulp bieden moeten naast dat ze communicatief heel vaardig zijn, kennis hebben van psychiatrische problematiek, rouw en de organisatie van de psychiatrie. Dit om onduidelijkheden over het suïcidale proces, psychiatrische stoornissen en rouw, maar ook over (gedwongen) opnames bij nabestaanden uit te kunnen leggen. Daarnaast moeten ze goed om kunnen gaan met allerlei gevoelens die spelen waaronder boosheid naar de GGZ of onze collega's. Ook moeten ze goed in staat zijn om suïcidaliteit te bespreken en navraag te doen naar wanhoop of suïcidegedachten bij nabestaanden. Tenslotte is het ook raadzaam om wat te weten over rouw en kinderen, omdat hier vaak vragen over zijn bij nabestaanden.

Het belangrijkste voor het programma is dat het een veilige plek is om over allerlei gevoelens en gedachten te kunnen spreken die er zijn na de suïcide, zonder daarop veroordeeld te worden door overige familieleden of hulpverleners. Daarnaast is het erg belangrijk dat het flexibel is. Doordat de vragen en behoeftes erg uiteenlopen moet je niet vasthouden aan een protocol. Ook is het goed bewust te zijn van het feit dat je vaak te maken hebt met een groep mensen die vaak flink zijn teleurgesteld in de hulpverlening en die soms een jarenlang proces achter de rug hebben met ziekte en opnames of suïcidepogingen.

In alle gevallen moet er aandacht zijn voor het organiseren van steun in eigen omgeving en het onderzoeken van schuldgevoelens en de invloed van gedachten. Daarnaast kan er facultatief aandacht besteedt worden aan overige aandachtsgebieden die passen binnen het gezin (kinderen, zelf problemen oplossen, veranderende rollen)

Soms kan het zinvol zijn om een familie te stimuleren en voor te bereiden op een gesprek met de voorheen behandelende psychiater omdat er nog zoveel vragen zijn waarop mogelijk nog een antwoord kan komen.

In het voorbeeld van de casus lag de nadruk op de onderlinge communicatie bevorderen en de steun in de omgeving goed organiseren, dus ook begrenzen. Het is deze familie gelukt om in een gezond rouwproces terecht te komen.

Literatuur

- Bool M, Blekeman J, de Jong S, Ruiter M. Voordouw I (2007) *Verminderen van suicidaliteit*. Samenvatting beleidsadvies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cerel, J. & Campbell, F.R. (2008) Suicide Survivors Seeking Mental Health Services: A Preliminary Examination of the Role of an Active Postvention Model, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38,1,30-34.
- Garszen J. & Hoogenboezem J. (2007) *Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht*. Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2007 's-Gravenhage: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Groot, M.H. de (2008). *Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. University of Groningen.
- Groot, Marieke de en Jos de Keijser (2005). *Verlies door suicide. Werkboek voor nabestaanden*. Baarn, Ten Have
- Groot, M.H. de, Keijser, J. de, Neeleman, J., Kerkhof, A.J.F.M., Nolen, W.A. & Burger, H. (2007). Cognitive-behavioral therapy to prevent complicated grief among suicide bereaved relatives and spouses. A cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 994-996.
- Kim, C.D., Seguin, M. Therrien, N. Riopel, G., Chawky, N. Lesage, A.D. & Turecki, G. (2005). Familial Aggregation of Suicidal Behavior: A Family Study of Male Suicide Completers From the General Population. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1017 - 1019
- Latham, AE en Prigerson, HG (2004) Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and life threatening behavior*, 34, 350-362
- Mitchell, AM, Kim, Y. Prigerson, HG, et al (2005) Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 35, 498-506.
- Szanto, k, Shear, MK, Houck, PR, et al (2006) Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 233-239.