

De impact van suïcide

Veertig procent van de mensen die suïcide pleegt, is in behandeling in de ggz. Auteur Ilana Buijssen hield in opdracht van GGz Breburg interviews met ggz-professionals over de impact die een suïcide op hen heeft. Ook voor huisartsen levert dit waardevolle kennis op.



Ilana Buijssen schreef het boek op basis van interviews met medewerkers van GGz Breburg.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: GGZ BREBURG

Het is een treffende titel: *Pijn aan de zijlijn*. Bij suïcide is de aandacht immers primair gericht op de suïcidepleger en diens naasten. Maar van de ruim 1.800 mensen die jaarlijks door suïcide overlijden, is zo'n veertig procent in behandeling binnen de ggz. De behandelaars krijgen er dus ook mee te maken en dit kan een enorme impact op

hen hebben. Inderdaad 'slechts' pijn aan de zijlijn, maar daarmee verdient het nog wel degelijk de aandacht die het boek met deze titel eraan geeft.

Mooi is dat het geen theoretische beschouwing is, maar een verzameling interviews met diverse professionals binnen GGz Breburg: ervaringsdeskundige, verpleegkundige, psychiater, verpleegkundig specialist, geestelijk verzorger, ggz-psycholoog, vrijwilliger ggz, orthopedagoog. Ook een hulpverlener 113, een vrijwillige van de luisterlijn en een ex-cliënt komen aan het woord.

De huisarts moet zich niet laten vangen in het suïcidale web en dan te laat verwijzen

Taboe

Iedereen reageert anders op een suïcidepoging, schrijft Buijssen. "Maar de eerste reflex van iedereen is wel: wat heb ik niet goed gedaan", zegt bestuurder Alex de Ridder van GGz Breburg. "Die reactie herken ik als psychiater natuurlijk, je kijkt naar jezelf. Daarnaast zie je ook verdriet, machteloosheid en boosheid op de cliënt."

Is die eerste reflex onterecht? "Ik twijfel niet aan de intentie en de kwaliteit van de hulpverleners in de ggz", zegt De Ridder, "en er is veel meer dan die vraag alleen. Maar het is altijd goed om zelfkritisch te zijn en suïcidepreventie kan beter. Een belangrijk probleem is het taboe, de drempel om hulp te vragen als je suïcidale gedachten hebt. Dat veertig procent van de mensen die door suïcide overlijden in behandeling is in de ggz betekent dat zestig >>

procent dit niet is. De ggz zou al deze mensen moeten zien. En daarbij hoort dan ook goed uitvragen, de familie betrekken, dossiervorming voor collega's om goed geïnformeerd te zijn als de primaire behandelaar er niet is voor contact met de cliënt. Op al die punten bestaat ruimte voor verbetering."

Redden versus helpen

Toch zijn al belangrijke stappen gezet. De Ridder noemt bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijn suïcidepreventie van tien jaar geleden. "Die heeft een belangrijke impuls gegeven aan systematischer risico's in kaart brengen", zegt hij. "Er is beleid gekomen en er zijn suïcidepreventie commissies gekomen. Echt een wereld van verschil met hoe het voorheen was, weet ik met mijn 25 jaar in de psychiatrie. Nu wordt suïcide er in de ggz echt uitgelicht als specifieke risicofactor en meegenomen in de interventies. Dar gebeurde vroeger niet."

Hoe vertaalt dit zich in de behandelpraktijk? In de interviews die Buijssen voor het boek had, valt meerdere keren het woord 'redden'. Hoe verhoudt dit zich tot 'helpen'? Is 'redden' een taak van hulpverleners? De Ridder reageert met enige aarzeling. "Ja en nee", zegt hij. "Uiteindelijk moet je professionele attitude zijn dat degene die je helpt een autonome persoon is wiens leven je niet kunt overnemen. Je kunt iemand wel een beter leven gunnen, maar dat is iets anders. Het is dus zaak goed uit te vragen wat de betekenis is achter een suïcidewens. Maar een reddersfantasie is niet de goede intentie. Het is vooral het gevoel van rouw dat die term ingeeft,

denk ik. Je bouwt een persoonlijke band op met een cliënt tenslotte. Als je die verliest doet dat pijn en roept een gevoel van onmacht op"

Erover praten

Regiebehandelaar Arjan zegt in zijn interview: 'Het is een misverstand dat erover praten de kans op suïcide vergroot'. De Ridder onderschrijft dit. "Het is het oude idee dat je mensen op ideeën brengt", zegt hij. "Met als gevolg dat hulpverleners soms wachten tot iemand zelf de mogelijkheid van suïcide ter sprake brengt. We weten dat dit echt een foute aanname is. Je hoort in ieder gesprek de check even te doen, ook als het er niet over gaat. Het past in de hiërarchie van oriënterende vragen die begint met: 'Denkt u wel eens dat het leven geen zin meer heeft voor u?'. Niemand vindt het erg om die vraag te krijgen, het is echt onze koudwatervrees. Je kunt er een open gesprek over voeren. En als het echt geen issue is dan weet je dat snel genoeg. Bovendien geef je de cliënt het signaal dat hij het er altijd over kan hebben met je. Het gebeurt gelukkig ook steeds vaker wel. Al zou het nog systematischer kunnen, en ook beter kunnen worden vastgelegd in het dossier."

Dit zou anders kunnen zijn in de eerste lijn, denkt De Ridder hardop. Hij vertelt: "Ik snap dat de huisarts er niet altijd naar vraagt, maar dit contact is wel een vindplaats voor verwijzing naar de ggz." De Ridder is als consultant verbonden aan huisartspraktijken en verzorgt ook scholingen voor huisartsen over suïcide. "Het bewustzijn groeit, maar ik denk toch dat de huisarts nog net iets



Alex de Ridder: "Suïcidepreventie is een pijler in onze strategische koers".

meer koudwatervrees heeft dan de ggz-professional om erover te praten", zegt hij. "Wel staat de jonge generatie er meer voor open, die is ook meer ggz-minded. Er is ook echt wel tijd om het erover te hebben. Natuurlijk bestaat impulsieve suïcide maar in veruit de meeste gevallen is het een proces met een lange aanloop. Gaandeweg komt iemand in een suïcidefuik die steeds smaller wordt. Als professional hoor je daar oog voor te hebben. En als je dat hebt is er vrijwel altijd nog ruimte om er het gesprek over aan te gaan."

Grenzen in de gaten houden

Het komt ook voor dat de cliënt niet verwezen wil worden maar met de huisarts in gesprek wil blijven. "Dat kan ook, al moet de huisarts zich dan wel afvragen of hij voldoende bekwaam is", zegt De Ridder. Scholing helpt daarbij. "Een

kaderhuisarts ggz zal dat zeker zijn, een poh-ggz ook. Maar de huisarts moet zich niet laten vangen in het suïcidale web en dan te laat verwijzen."

In de tips voor zorgverleners over de omgang met cliënten achterin het boek staat 'Draag geen oplossingen aan'. Waarom niet? "Omdat je dan de cliënt zaken uit handen neemt", zegt De Ridder. "Je wilt juist ruimte creëren om vanuit de suïcidefuik weer breder te kijken. Het gaat om de vraag achter de vraag: wat is de oorzaak van het lijden? Wat maakt dat het zo moeilijk te dragen is? Doorvragen dus, ruimte maken voor het gesprek over waar de pijn zit. Dat werkt beter dan zelf meteen met ideeën komen. Je kunt wel meer directief zijn als je de cliënt eenmaal goed kent, maar dat is de volgende stap." <<



AUTEUR ILANA BUIJSSEN

Ilana Buijssen schreef *Pijn aan de zijlijn* als freelancer tijdens haar master in de filosofie. Door een stage bij *Filosofie Magazine* raakte ze vertrouwd met interviews. Ze vertelt: "Hoe akelig de ervaringen die hulpverleners deelden soms ook waren, het werd mij als interviewer ook heel duidelijk dat je als hulpverlener in de psychiatrie ontzettend belangrijk werk hebt. Het is heel zwaar, zeker als er risico is op suïcide, maar het werk gaf de meeste hulpverleners ook veel voldoening."

Inmiddels heeft Buijssen haar master in de filosofie afgerond, met als scriptieonderwerp een fenomenologische analyse van de metaforen die mensen met een depressie gebruiken om hun depressie onder woorden te brengen. Door het onderzoek dat ze voor die scriptie verrichtte, raakte ze ook bekend met het onderwerp van de interviews, suïcide.

Uitgeverij Tred, *Pijn aan de zijlijn*, ISBN 9789082758412, € 12,50.