

Suicide in je privé-leven; wat doet het met je werk?

Het was 20.00 uur en er werd aangebeld; twee goede vrienden van mij stonden met tranen in hun ogen voor de deur. Ze kwamen slecht nieuws brengen, bleek achteraf. Mijn maatje André was dood, vertelden ze mij. "Dood, hoezo dood?" vroeg ik. André heeft zich gesuicideerd, hij is van de 9^{de} verdieping afgesprongen. Gevoelens van angst, boosheid en verslagenheid overheersten toen ik hoorde dat André suicide had gepleegd.

In de periode dat André suicide pleegde werkte ik in een psychiatrisch ziekenhuis, op een afdeling voor mensen met stemmingsstoornissen. Ook hier werd ik zo nu en dan geconfronteerd met (tentamen) suicides. Op het moment dat André suicide had gepleegd, werd suicide voor mij een begrip met een beladen betekenis.

Dit artikel beschrijft wat de suicide van mijn maatje heeft gedaan met mij als maatschappelijk werker en crisisinterventor. Was ik nog in staat om te werken? Werd mijn gedachtegang anders over cliënten? Vervolgens sta ik stil bij de mogelijke redenen waarom mensen uit het leven willen stappen en geef ik enige cijfers en achtergronden aan. Tot slot kijk ik terug op de centrale vraag; suicide in je privé-leven, wat doet het met je werk als maatschappelijk werkende.

Stageperiode/huidige baan

In mijn stageperiode bij de afdeling stemmingsstoornissen en in mijn huidige baan op een crisisafdeling van de Bavo-RNO groep werd en word ik veel geconfronteerd met zelfdoding van cliënten. Soms kwamen deze pogingen geheel onverwacht en soms bestond er al een risico vanwege de stoornis of problematiek van mijn cliënten. Met name cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis kampen vaak met suicidale

gedachten en doen soms dus ook pogingen daartoe.

Meekeren E. 1999

Wat mij opviel in mijn werk op de afdeling stemmingsstoornissen was dat er aan deze risicogroep vrij weinig werd gedaan.

'Protocollebeleid' zo noemde ik dat, Cliënten die automutileerden in de gang, opbelden en aangaven dat zij niet verder meer konden omdat ze óp waren. Al deze signalen werden 'genegeerd' omdat het 'protocollebeleid' hier geen concrete aanpak voor had. De hulpverleners verscholen zich achter het gegeven dat mensen die automutileren daar niet mee kunnen stoppen of dat je dit niet tegen kan houden. Pas later begreep ik van mijn collega's dat er voor deze groep een speciale aanpak en visie was namelijk; "cliënten zijn verantwoordelijk voor hun eigen beslissingen en dit geldt ook voor automutilatie". Een emotieregulatietraining moet er voor zorgdragen dat cliënten het automutileren afleren/ onder controle krijgen.

Een Borderline persoonlijkheidsstoornis is een stoornis die gekenmerkt wordt door instabiliteit in affect gedrag, objectrelaties en zelfbeeld. De term 'Borderline' is ontstaan doordat deze mensen zich op de grens van neurose en psychose lijken te bevinden (Meekeren E. 1999). Voorbijgaande psychotische symptomen verschijnen gedurende perioden van hevige stress.

Naar de mensen luisteren is vaak al genoeg om even de aandacht te geven die ze vragen, zo is mijn ervaring. Toch werd dat luisteren naar mensen die dachten aan zelfdoding moeilijker, toen ik hoorde dat André suicide had gepleegd. Ik kampte met mijn eigen gevoelens van onmacht en woede. Wanneer cliënten aangaven aan suicide te denken dacht ik: "Beseffen jullie wat jullie je nabestaande aandoen, vecht door en geef niet op"?!"

Vooral in de volksmond wordt er vaak geroepen; “*Stelletje egocentrische lafaards!*”

Pas een maand na de suïcide van André durfde ik na te denken over zijn motief en de motieven van mijn cliënten. Zijn deze mensen inderdaad lafaards? En egocentrisch? Lafaards, nee, dat woord past niet bij de mensen die deze beslissing weloverwogen gemaakt hebben. Het vereist veel moed om een einde aan je leven te maken. Dit klinkt als een pluim voor de mensen die suïcide plegen, maar dat is het niet. Ik vind het namelijk een egocentrische daad. Je zegt:” Bekijk het maar, dit leven wil ik niet. Ik wil niet meer, ik kan niet meer en ik maak er een einde aan.”

Waarom?

Waarom maken deze mensen zo’n ingrijpende beslissing? Is dat omdat de hulpverlening niet meer toereikend is? Omdat mensen niet geholpen worden door de hulpverlening? Wij als maatschappelijk werkers niet meer signaleren? Of komt dat door de bekrompen en verstrooide maatschappij waarin wij leven? Van André wist ik dat hij niet meer wilde leven omdat hij ongelukkig was en het gevoel had dat niemand hem dat geluk nog kon geven. Maar hoe is dat voor andere mensen die suïcide plegen of hieraan denken? Op André ‘s begrafenis waren zeker 300 mensen, allemaal vrienden en bekenden van hem. Deze 300 mensen huilden en waren diep bedroefd dat André tot zijn eenzame daad was gekomen.

Had ik als maatschappelijk werker en crisisinterventor de signalen van André niet moeten onderkennen?

Met deze vraag tobde ik na het bericht dat André zich gesuïcideerd had. Had André signalen gegeven? Nee, naar mij niet. Het ging zelfs beter met André, althans dat dacht men. In een psychiatrische kliniek in Dordrecht werd André behandeld voor zijn borderline

persoonlijkheidsstoornis. Op vrijdag 15 juni 2002 is André om 16.00uur van de 9^{de} verdieping gesprongen. Hij leefde nog 4 uur en zei toen hij gevonden werd:” Kut, ik leef nog!”

André wilde dus echt dood; een sprong van 9 hoog is geen vraag om aandacht, een wraakactie noch chantage, kenmerkend voor een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Maar impliceert dit niet dat we borderline onderschatten door de stoornis met een paar stigma's samen te vatten? Is het niet deze stigmatisering die ertoe heeft geleid dat André zijn gang kon gaan?

Huilend heeft hij zijn moeder verteld:” ik wil niet meer leven, ik kan niet meer”.

Zelfs dit signaal was niet genoeg voor de hulpverlening, want dit roepen mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis wel vaker. Vanaf deze dag ben ik anders gaan kijken naar zelfdoding. Ik ben mij nog meer gaan verdiepen in de reden waarom sommigen van mijn cliënten aangaven dat ze dood wilden.

Wat maakt dat een persoon terecht komt in een suïcidaal proces?

”Suïcidaal gedrag is in elk geval geen ziekte, maar een gedragsmatige uiting van de wens een verandering, al dan niet de dood, te bewerkstelligen. Meestal is suïcidaal gedrag het gevolg van tegelijkertijd optredende onderliggende en onmiddellijke factoren in afwezigheid van beschermende factoren.

Door rechtstreekse bevraging bij de persoon en een gunstige reactie op signalen, kan het proces duidelijk worden en is beïnvloeding en preventief handelen mogelijk.”

W. Brunenberg, S. Kruyt, P. Schnabel (1998)
Doodsoorzaak: Suïcide.

Confrontatie

Een cliënt, die ik ruim 7 maanden begeleidde, vroeg mij: “*Mellony, waarom en voor wie zou ik verder leven als ik de zon niet meer in het water zie schijnen?*”

Elke dag is een marteling, voor wie doe ik dat?"

Deze vrouw had al zoveel meegemaakt dat de menselijke maat vol was. Ze drukte me met de neus op de feiten. Wie was ik om haar wens te veroordelen of om haar te zeggen: "Nee, dat mag u niet doen." Mijn cliënt was helder van geest en zag geen perspectief meer. Ik zei haar dat ik het fijn zou vinden als ik mee mocht zoeken naar aspecten die haar leven weer wat kleur zouden geven. Ik beklemtoonde dat ik het jammer zou vinden als ze suïcide zou plegen. Ze was een krachtige vrouw, had jarenlang in de zorg gewerkt, maar haar man en een kind verloren en leed nu zelf aan kanker. Toch had ze doorgevochten. Was het niet intens verdrietig als zo'n sterke persoonlijkheid zich van het leven beroofde?

Terwijl ik met haar in gesprek was, op zoek naar positieve en bemoedigende zaken, dacht ik veel aan André. Had ik maar iets kunnen doen, had ik hem maar tijdig een paar lichtpuntjes aan kunnen reiken.

Zijn zelfdoding heeft mij ontzettend veel geleerd als mens en als hulpverlener namelijk; dat wij als maatschappelijk werkenden veel beter moeten signaleren, veel alerter moeten zijn en minder stigmatiseren en generaliseren. In André's geval zou dat ertoe geleid hebben dat men echt naar hem had geluisterd i.p.v. zijn gedrag af te doen met "Dat is een borderliner, dus die zal wel aandacht vragen of je willen manipuleren." Door zo - als het ware in sjablonen - te reageren ben je als hulpverlener kortzichtig en schiet je tekort in deskundigheid.

Cijfers

Er is geen landelijk registratiepunt waar suïcides worden geregistreerd. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek pleegden in 1996 zo'n 1577 mensen in Nederland suïcide. Het werkelijke aantal zelfdodingen zal waarschijnlijk hoger liggen omdat verkeersslachtoffers en verdrinkingen soms ten onrechte niet in de

suïcidestatistiek terecht komen. Het aantal mensen dat een poging doet, wordt geschat op bijna het tienvoudige.

Jaarlijks worden dus duizenden mensen geconfronteerd met de verbijstering en het verdriet van het verlies van iemand door zelfdoding. Hoe nauwer de banden met deze persoon, hoe ingrijpender dit verlies is.

GGD Nederland 2001, jaarverslag 2000.

Suïcidemiddelen	Mannen	Vrouwen
Verhanging	56,6 %	36,2 %
Vuurwapens	12,1 %	2,7 %
Vergiftiging	10 %	21 %
Verdrinking	7,4 %	21,1 %
Sprong	2,7 %	7,5 %
Andere	7,7 %	9 %

Achtergronden

De achtergronden van deze suïcides verschillen sterk. Maar vaak worstelen mensen die een einde aan hun leven maken al jarenlang met ernstige psychiatrische problematiek, zoals psychosen, schizofrenie of manisch-depressiviteit. Van alle mensen die zichzelf suïcideren, is 40 procent opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Een andere groep mensen maakt een einde aan zijn leven na een ingrijpend verlies, een ernstige schok of een ongeneeslijke ziekte, waardoor het leven ernstig ontwricht is geraakt. Onder hen zijn relatief veel ouderen. Eén op de drie suïcides wordt gepleegd door iemand van zestig jaar of ouder.

Soms fantaseren mensen jarenlang over de 'bevrijding' door de zelfgekozen dood. Dit mondt dan uit in een voorbereiding van de suïcide en in de keuze van een middel dat redding vrijwel uitsluit. Vaak zijn al eerdere pogingen ondernomen; van alle mensen die een einde aan hun leven maken heeft de helft dat al eens eerder geprobeerd.

W. Brunenberg, S. Kruyt, P. Schnabel (1998)

Reacties

Groot verdriet, verbijstering en ongeloof, machteloosheid, een sterke beleving van onwerkelijkheid (derealisatie) en woede, maken zich bij het horen van de onheilstijding van de nabestaanden meester. 'Mijn gevoel is dood', 'het was alsof ik er niet was', 'de wereld viel stil', 'ik stikte in het verdriet', zo beschrijven nabestaanden wat de zelfgekozen dood van een dierbare bij hen teweegbrengt. Vaak ervaren zij de zelfdoding als een persoonlijke afwijzing en als een groot falen omdat zij blijkbaar niet in staat zijn geweest hun dierbare te helpen of omdat zij niet beseften hoe groot diens problemen waren. Sterker nog dan bij andere verdrietige en onbegrijpelijke gebeurtenissen zoeken ze antwoord op de waarom-vraag.

Momenten waarop de gestorven persoon misschien stilzwijgend om hulp vroeg, signalen gaf, woordeloos aangaf afscheid te nemen, blijven de revue passeren: waarom heb ik toen ruzie met hem gemaakt, haar toen niet geknuffeld, zijn hand niet gepakt... Bijna alle nabestaanden voelen zich schuldig, ongeacht de hulp die zij geprobeerd hebben te geven. En helaas worden ze soms ook door de buitenwereld als (mede-)schuldigen benaderd. Ontkenning van de doodsoorzaak of de dood van de dierbare persoon, naar hem of haar zoeken, geen afscheid willen nemen van de spullen of de plaats die hij innam, aan tafel, in huis, in bed, zijn veel voorkomende rouwreacties bij nabestaanden na zelfdoding.

Taboe

Het rouwproces wordt nog bemoeilijkt door het taboe dat er op de zelfgekozen dood ligt. Mensen in de omgeving van de nabestaanden reageren soms onhandig en ontwijkend, in plaats van steunend. Daardoor bestaat het risico dat nabestaanden in een isolement terechtkomen. 'Denk er maar niet meer aan'

is een averechts advies. Voor de nabestaanden is praten over de overledene en over de eigen gevoelens van schuld, schaamte, falen en verdriet, juist van groot belang om het gebeurde te kunnen accepteren en verwerken.

Sommige nabestaanden zoeken steun in het bijhouden van een dagboek of het uitdrukken van gevoelens in gedichten of tekeningen. Soms organiseren ze rituelen of een jaarlijkse herdenkingsdag. Deze uitingen kunnen heel waardevol zijn in het verwerkingsproces.

Lezen over de achtergronden van suïcides en over de rouwreacties van andere nabestaanden kan helpen de eigen emoties te begrijpen en te accepteren. Belangrijk is ook het contact met lotgenoten.

Vanuit hun eigen ervaring begrijpen zij beter dan anderen wat de rouwende persoon doormaakt.

(W. Brunenberg, S. Kruyt, P. Schnabel (1998))

Kun je na een zelfdoding in je privé-leven cliënten adequaat helpen die denken aan suïcide?

Een 'lotgenote' en hulpverlener, zo zie ik mezelf. Ik weet hoe het is om iemand te verliezen die suïcide heeft gepleegd. Ik zie dit als een verrijking van mijn instrument als hulpverlener. Verrijking is hier misschien een vreemd woord, maar het impliceert dat je als hulpverlener niet alleen maar kennis verkrijgt door het lezen van boeken, je bent als hulpverlener ook kwetsbaar en je kunt ook mensen verliezen. Door het verlies van André, heb ik een andere kijk gekregen op de hulpverlening en op het ingrijpende aspect van het verliezen van een dierbaar persoon. Een ernstige kanttekening die ik bij het gebeuren moet plaatsen, is dat het je kwetsbaar maakt. Intervisie heeft mij ervoor behoed dat die kwetsbaarheid de overhand kreeg.

Het risico bestaat dat doordat je té emotioneel wordt of té betrokken raakt, je door je emoties je werk niet meer goed kunt uitvoeren. De ruimte die de zelfdoding van André kreeg in intervisie, maakte dat ik de ruimte kreeg om te spuien

en mijn emoties kon ventileren. Door de intervisie kon ik mijn werk continueren.

Bronvermelding:

COENEN H. e.a. (1990). Door kou bevangen. Zelfdoding en nabestaanden. Ambo, Baarn.

GGD Nederland 2001, jaarverslag 2000.

Hoogenboezem, J. en W.C. van den Berg. 2000/04: ' Zelfdoding in Nederland'., CBS, Maandstatistiek van de bevolking.

Judith Broerse (1997). Suïcidaliteit, Levenshulp of stervenshulp?

Meekeren E. (1999). De Borderlinestoornis; Crises in hechten en onthechten, Synthesis uitgevers, Amsterdam.

Nicolai N.J. (1995). Tijdschrift Opzij, september., p.32-35.

Sonneborn C. en Pieters G. 1998/4 (jaargang 40). Een sociaal-psychiatrische benadering van suicide. Tijdschrift voor psychiatrie, p. 221-230.

W. Brunenberg, S. Kruyt, P. Schnabel (1998). Doodsoorzaak: Suicide. Een overzicht van onderzoek naar Suïcidaal gedrag in de samenleving en in de GGZ. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Utrecht.

Auteurgegevens:

Auteur: Mellony van Hemert,
Maatschappelijk werkende en
Crisisinterventor/Begeleider A.
Email: m.vanhemert@bavornogroep.nl