

# Suïcidepreventie: leren leven met pijn.

## Inleiding

Kenmerkend voor de kwaliteitsbewaking binnen de ggz is dat er structureel wordt gewerkt met interventies die bewezen effectief zijn. Professionals maken gebruik van gestandaardiseerde classificatiesystemen zoals de DSM-IV, diagnose behandelcombinaties (dbc's), protocollen en richtlijnen. Deze technisch-instrumentele professionalisering van de ggz draagt op grote schaal bij aan klachtreductie en het bevorderen van het functioneren van cliënten.

In de specifieke situatie dat cliënten kenbaar maken dat zij een doodswens hebben, voelen hulpverleners zich des te meer geroepen om te helpen, om actief in te grijpen om de zelfdoding te verhinderen. Ze baseren hun interventies op het in de instelling voorgeschreven protocol voor suïcidepreventie, waarbij de primaire insteek is om het gevaar van de zelfdoding af te wenden.

Maar wat nu als onderliggende vragen, die schuil gaan achter de doodswens van cliënten, blijven opspelen? De (vaak jarenlange) worsteling met emotionele pijn plaatst deze cliënten voor vragen waar zij zich geen raad mee weten en die bovendien vaak moeilijk te articuleren zijn. In dit artikel schetsen wij een benadering van suïcidepreventie die recht doet aan de zinvragen van mensen die zeggen dat zij dood willen.

De technisch-instrumentele professionals binnen de ggz plaatsen vraagtekens bij onze veronderstelling dat zingeving een aandachtsgebied zou moeten zijn bij de hulpverlening aan cliënten met een doodswens. Wij citeren uit een e-mailcorrespondentie met een hulpverlener uit de ggz: "Aan suïcidaal gedrag liggen meestal geen weloverwogen of bewust te maken zingevingsvragen ten grondslag, maar allerlei irrationale ideeën en (ernstige) psychopathologie of persoonlijkheidsstoornissen."

Hoewel de duiding van bovengenoemde professional binnen de context van de ggz voor de hand ligt, is het zeer de vraag of zijn benadering recht doet aan de behoefte van de cliënt om als mens te worden gezien in zijn worsteling. Het duiden van een doodswens als een pathologisch verschijnsel lijkt een poging te zijn om met behulp van instrumentele rationaliteit grip te krijgen op de weerbarstige en hardnekkige aspecten van de belevingswereld van de cliënt. In 1980 waarschuwde psychotherapeut Irvin Yalom in *Existential Psychotherapy* voor het risico om zinvragen te vervormen of vermijden:

*"[...] and the question of meaning, that most perplexing and insoluble question of all, must not be denied in therapy. It will not do to inattend selectively to it, to shrink away from it, or to transform it into some lesser, but more manageable question.*

Het lijkt er op dat anno 2013 zinvragen nog steeds het risico lopen buiten het referentiekader van de ggz te vallen. Binnen het dominante paradigma komt het voor dat zinvragen ofwel niet worden opgemerkt ofwel worden vertaald naar te behandelen problemen. Wanneer vragen van cliënten eenzijdig worden gezien door de classificerende bril van de psychopathologie, dan worden problemen van cliënten geobjectiveerd. De professionele afstand die dat schept, kan op gespannen voet staan met de behoefte van de cliënt aan menselijke nabijheid. Hulpverlening aan cliënten met een doodswens zou zich niet moeten beperken tot het afwenden van het acute gevaar van de zelfdoding, het vaststellen van psychopathologie en behandeling gericht op klachtreductie. In veel situaties zijn er daadwerkelijk geen oplossingen, is er zelfs geen troost en zullen mensen moeten leren leven met wat het ook is dat hen parten speelt. Hulpverlening zou daarom duurzaam gericht moeten zijn op het leren leven *met*

emotionele pijn. In feite staan niet alleen cliënten met een psychische stoornis voor die opgave. Het ontbreekt ons allemaal aan een zeker fundament en wij zijn allen kwetsbaar. Dat ‘moerassige’ karakter van het leven kenschetst volgens Kunneman dan ook de onzekere ‘basisconditie’ van ons bestaan<sup>i</sup>. In dit licht moet de hulpverlener zich realiseren dat niet alleen de cliënt, maar ook hijzelf de vraagstukken waar de cliënt mee worstelt niet kan overzien of definitief beantwoorden. Dat besef vraagt om een andere benadering van cliënten en hun problemen dan de technisch-instrumentele benaderingswijze die ‘behandeling van het probleem’ belooft. In de erkenning dat behandelingsstrategieën in de ggz hun grenzen kennen, moet de hulpverlener samen met de cliënt een onzekere poging ondernemen om te helpen als er geen oplossingen zijn. De hamvraag daarbij is: brengt de hulpverlener de *moed* op die nodig is om de professionele afstand te overbruggen en menselijke nabijheid tot stand te brengen? Waar het op aan komt is dat hij samen met de cliënt diens wanhoop en emotionele pijn durft te naderen en uit te houden.

In dit artikel schetsen wij hoe hulpverleners tijdens een crisisinterventie recht kunnen doen aan zinvragen van cliënten met een doodswens. Zij zullen daarbij vakkundig moeten schakelen tussen de snelheid van op interventie gerichte crisishulpverlening en de ‘latende modus’<sup>ii</sup> die nodig is voor begeleiding bij zinvragen. Zij zullen daarbij ambachtelijk te werk moeten gaan: onderzoekend, samenwerkend met de cliënt, onzeker en steeds reagerend op wat zich voordoet. De onzekerheid en de risico’s die gebonden zijn aan suïcidepreventie maken het noodzakelijk dat hulpverleners werken vanuit compassie met de cliënt en met zichzelf. Het schrikbeeld van de inspectie kan ertoe leiden dat de hulpverlener eenzijdig toevlucht zoekt in een protocol. Normatieve professionalisering is erop gericht dat de hulpverlener zijn eigen afwegingen blijft maken over de vraag of hij werkelijk goed werk verricht. Het vraagt om eigenzinnigheid en lef om steeds opnieuw kritisch te onderzoeken of hulpverlening die aan de eisen van het protocol beantwoordt, ook recht doet aan onuitgesproken behoeften van cliënten. De moedige hulpverleners van mensen met een doodswens komt lof toe: zij ontkomen er namelijk niet aan om angst en pijn recht in het gezicht te zien. Niet alleen de cliënt, maar ook de hulpverlener zelf moet leren leven met pijn.

### **Snelle crisisinterventie en trage vragen**

*“Als eerste geneeskundige bij de crisisdienst zie ik vaak dat vrijwel iedereen zich opgelucht voelt als de crisisinterventie is geslaagd en de suïcidedreiging is geweken. De betrokken artsen en hulpverleners, familieleden en vrienden, allemaal halen ze opgelucht adem. Er ligt dan het risico op de loer dat we als hulpverleners in slaap sukkelen. Want de enige die namelijk vaak niet opgelucht is, is de persoon zelf. De crisis is bezworen, de dood heeft zich weer teruggetrokken in de coulissen, maar de zinvraag die ten grondslag lag aan zijn doodswens leeft nog altijd onverminderd voort. Daar bovenop komen nu de schaamte- en schuldgevoelens over de ellende en zorg die zij veroorzaakt hebben bij de mensen die hen dierbaar zijn.*

*Wie pakt die zinvraag op? Wie helpt de persoon om na de crisis weer een koers te bepalen? Daar zit een serieuze leemte en de kans is groot dat niemand zich verantwoordelijk voelt.”*

De zorg van deze eerste geneeskundige maakt duidelijk dat de hulpverlening bij suïcidaal gedrag op twee pijlers rust<sup>iii</sup>. Aan de ene kant is het problematiek die een beroep doet op *snel* handelen. Er is sprake van een crisis en afhankelijk van de ernst van de suïcidedreiging moet een hulpverlener snel in actie komen en daar waar nodig verantwoordelijkheid overnemen om iemand tegen zichzelf in bescherming te nemen. Het suïcidaal gedrag kan en moet op korte

termijn naar een veiliger niveau worden gebracht. De onmiddellijke suïcidedreiging noodzaakt tot snelle risicotaxatie, tot ingrijpen en directief handelen.

Aan de andere kant worden de problemen die ten grondslag liggen aan de doodswens gekenmerkt door een zekere traagheid: het zijn problemen waar geen snelle, eenduidige en definitieve oplossingen voor zijn. De eerste geneeskundige van de crisisdienst legt de vinger op de zere plek: in de snelheid van de crisisinterventie zijn het juist die zinvragen die over het hoofd worden gezien of waar men geen raad mee weet.

### **Wat zijn zinvragen?**

Als zin vanzelf spreekt heeft het meestal geen woorden nodig. Het leven kent op die momenten een zekere vitaliteit. Men voelt zich gemotiveerd (heeft er 'zin' in) en richt het leven in naar wat voor hem of haar van betekenis is (ziet de 'zin' ervan). Als bepaalde behoeften aan zin onbeantwoord blijven, als er met andere woorden geen *vanzelfsprekende* zin meer is in iemands leven, dan dienen zich onherroepelijk vragen aan. Wij noemen die vragen zinvragen. Een zinvraag is geen vraag waarop perse een antwoord is, maar het betreft een vraag die moeten worden begrepen als een uiting van een onvervulde behoefte aan zingeving. Het is, met andere woorden, een vraag *naar* zin. Lang niet altijd formuleert een cliënt een expliciete vraag. Zinvragen gaan vaak schuil achter uitingen van vertwijfeling of wanhoop, zoals bij de cliënt die zegt "mijn leven is mislukt". In zo'n geval blijft de zinvraag impliciet en is het afhankelijk van de gevoeligheid van de hulpverlener of ze ter sprake komt. Kenmerkend voor zinvragen is een zekere traagheid. Harry Kunneman heeft het begrip 'trage vragen' geïntroduceerd en hij onderscheidt ze van snelle vragen<sup>iv</sup>. Trage vragen zijn vragen die zich telkens weer aandienen. Steeds opnieuw worden mensen in de loop van hun leven geconfronteerd met de pijn, het verdriet of andere intense emoties waarmee de vraag verweven is. Zingeving vraagt in die gevallen om tijd en uithoudingsvermogen. Een voorbeeld van een trage vraag is "Hoe kan ik leven met mijn verdriet?" Bij een dergelijke vraag is het niet mogelijk om snelle, definitieve en eenduidige antwoorden te formuleren. Snelle vragen kunnen daarentegen wel van een kortaantwoord worden voorzien. Er moet een knoop worden doorgesneden. Een voorbeeld van een snelle vraag is "Moet ik ingrijpen of niet?" Sommige processen vragen echter hun eigen tijd en tempo. Soms moeten inzichten of veranderingsprocessen eenvoudigweg rijpen. Als er sprake is van pijnlijke gebeurtenissen die aanleiding vormen voor trage vragen, dan moet men zich realiseren dat een existentiële verwonding net als een lichamelijke wond tijd nodig heeft om te helen. Lelijke wonden laten nu eenmaal levenslang littekens achter.

In *Voorbij het dikke ik* licht Kunneman toe dat de confrontatie met trage vragen tot onzekerheid en verwarring leidt. Iedereen ondervindt weleens dat er grenzen zijn aan de eigen invloed. Dat dwingt tot het onder ogen zien dat ook verlies en onmacht onlosmakelijk verbonden zijn met het leven. Het zal in dit licht geen verrassing zijn dat deze zinvragen doorgaans gepaard gaan met grote gevoelens, dat wil zeggen, intense emoties waar iemand niet omheen kan, die betekenisvol en niet zomaar te bestrijden zijn.

Voor cliënten met een doodswens is de zin *van* en de zin *in* hun leven ver te zoeken, zo ver dat ze geen andere uitweg zien dan het beëindigen van hun leven. In de levensloop van suïcidale mensen is veelal sprake van tragiek, in de zin van onontkoombaar leed. Zinvragen die leven bij suïcidale cliënten zijn bijvoorbeeld: wat maakt mijn leven nog de moeite waard? Is mijn leven nog wel leefbaar? Wie zou mij eigenlijk missen? Hoe kan ik leven met wat ik op mijn geweten heb? De wereld is beter af zonder mij! De pijn en wanhoop die in deze vragen besloten liggen, raken aan of gaan voorbij de grens van wat voor deze cliënten nog draaglijk

is. Zingeving zou daarom een centraal aandachtspunt moeten zijn in de begeleiding bij suïcidale cliënten.

### **Hulpverlenersvalkuilen bij grote gevoelens**

Dat trage vragen onlosmakelijk verbonden zijn met grote gevoelens, betekent allereerst dat hulpverleners die gevoelens moeten kunnen verdragen. Alleen dan kunnen zij iemand steunen en bijstaan in moeilijke situaties, zijn wonden verzorgen. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan. We voelen ons onmachtig ten overstaan van grote gevoelens die niet (snel) te verhelpen zijn want we willen graag dat mensen zich snel weer beter voelen. Meestal triggeren grote gevoelens, ook bij hulpverleners, een instinctieve reactie om zich ervan af te wenden of de situatie te willen 'repareren'. Men gaat dan de pijn bestrijden. Die neigingen blijken meestal contraproductief te zijn.

In de training *Eigenlijk zegt u dat u dood wilt?!* zien we telkens weer hoe moeilijk het voor hulpverleners is om contact te maken en in contact te blijven met cliënten die emotionele pijn uiten. Tijdens deze training krijgen de deelnemende hulpverleners een bedrieglijk eenvoudige opdracht. Deze opdracht luidt: "Zorg dat jij de suïcidewens van de cliënt bespreekbaar maakt". De cliënt wordt gespeeld door een acteur. In de praktijk blijkt de confrontatie met die emotionele pijn voor veel hulpverleners uitermate lastig. Wat we veel zien is dat deelnemers die via een gevoelsreflectie contact maken met de gevoelens van wanhoop juist op dat moment een time out nemen. "Ik loop vast", is wat ze zeggen, en dat is opmerkelijk aangezien ze eigenlijk precies doen wat ze moeten doen: contact maken met de wanhoop. Blijkbaar voelen ze zich daar onmachtig bij en willen ervan weg.

Andere strategieën die we waarnemen bij de deelnemers lijken eveneens samen te hangen met een instinctieve behoefte om de emotionele pijn te omzeilen of te repareren. We geven een aantal voorbeelden:

- Sommige deelnemers stellen hele reeksen vragen op feitenniveau in de veronderstelling dat dit de snelste weg is naar een taxatie van het suïcidaal gedrag.
- Andere deelnemers gaan vanuit hun eigen perspectief op de zaak voortijdig lichtpuntjes aanwijzen in het leven van de cliënt.
- Sommige hulpverleners gaan in de breedte een beeld proberen te krijgen van de levenswandel van de cliënt in de veronderstelling dat dit de cliënt op zijn gemak stelt en dat het onderwerp vervolgens vanzelf op tafel komt.

Alle bovengenoemde strategieën getuigen van behoedzaamheid en van de behoefte om de cliënt te helpen. Tegelijkertijd zijn het vermijdende strategieën; er is geen echte confrontatie met de wanhoop. Hierdoor kunnen de hulpverleners zich niet echt inleven in de doodswens van de persoon en evenmin kunnen zij invoelend aanwezig blijven. Ze vermijden de wanhoop of wenden zich ervan af. Ze omzeilen de pijn. De cliënt zal zich in die gevallen wel drie keer bedenken voordat hij zijn doodswens kenbaar maakt. Wat hij nodig heeft om in openheid te kunnen spreken over zijn wanhoop is een hulpverlener die daar niet voor wegvlucht, die dat niet veroordeelt, bagatelliseert, ter discussie stelt of op professionele afstand houdt, maar die present is- invoelend en sterk. Daar is moed voor nodig.

### **Erkenning van de wanhoop is de springplank voor de hulpverlening**

De traagheid van zinvragen maakt dat de cliënt allereerst gebaat is bij erkenning.

Hulpverleners zullen cliënten in eerste instantie moeten helpen om zich te verzoenen met hun situatie zoals die op dat moment is, om zich te verhouden tot hun emotionele pijn in het besef dat het proces van zingeving tijd zal vragen. Het besef dat trage vragen hun eigen tijdsverloop

kennen, maakt dat begeleiders geduld moeten oefenen en soms moeten kunnen ‘laten’. Vaak *kan* de emotionele pijn van cliënten niet worden bestreden of opgelost en dat *hoeft* ook niet. Wanneer de deelnemers aan de training expliciet stilstaan bij de wanhoop van de cliënt en deze bespreekbaar maken, kunnen zij vrijwel direct de vraag voorleggen: “Zegt u eigenlijk dat u dood wilt?”. In die ene vraag schuilt zowel compassie voor de wanhoop als een snelle taxatie.

Die vraag vormt het scharnierpunt voor de hulpverlening: de wanhoop krijgt bestaansrecht, de crisisinterventie kan van start gaan, evenals de begeleiding bij de trage zinvraag. De erkenning van de wanhoop is de springplank voor suïcidepreventie. Meestal gaat deze constatering gepaard met een groot gevoel van opluchting aan de kant van de cliënt, het hoge woord is eruit. Het normaliseert een beladen thema als er ‘gewoon’ over gesproken kan worden. In deze fase van de hulpverlening gebeurt bovendien ter plekke iets wezenlijks: in de ontmoeting met een hulpverlener die de wanhoop erkent, ervaart de cliënt dat het *mogelijk is* de wanhoop te naderen en uit te houden, zonder daar volledig aan overgeleverd te zijn. Dat geeft de cliënt weer enige regie over zijn eigen leven. Hij aanvaardt de pijn voor nu, niet als in een kalme berusting, maar meer als ‘het is zoals het is en daar moeten we het maar mee doen’. Het is goed als een cliënt een begeleider voor zich heeft die in staat is kalm en mild aanwezig te blijven bij hevige emotionele pijn, zonder erin gevangen te raken of zich erdoor te laten bepalen. Die begeleider laat zien dat het mogelijk is om rustig te blijven als je bang bent, om te ontspannen bij onzekerheid en om stil te staan bij pijn, zonder jezelf te verliezen in zelfmedelijden of kwellende zelfkritiek<sup>vi</sup>. Die begeleider kan het aan als de cliënt moeilijke kwesties aansnijdt, zoals de wens om te sterven. Hij blijft niet op professionele afstand, maar is menselijk nabij.

### **Schakelen tussen snelle en trage rollen**

Van Hoek en Brinkman benadrukken dat iedere stap in dit hulpverleningsproces een andere rol vraagt van de hulpverlener, variërend van directief tot non-directief, zowel bemoedigend als zorgend. Traagheid en snelheid wisselen elkaar af. Het is belangrijk dat je daar als hulpverlener de regie over houdt en weet wanneer welke rol van je wordt gevraagd. We schetsen een beeld van de hulpverlening bij suïcidaal gedrag en laten zien hoe je dat kunt doen.

#### *Inschatten van de kans op suïcide: de metafoor van de fuik*

Als het hoge woord eruit is en de doodswens bespreekbaar is, dan bekruipt de hulpverlener een gevoel van urgentie en drukkende verantwoordelijkheid. Hij moet nu gaan inschatten wat de ernst is en hoe groot het risico op daadwerkelijke zelfdoding is. Risicotaxatie zoals je een huis of kunst taxeert is niet aan de orde. Wat wel kan is in het gesprek met de cliënt nagaan wat hem of haar beweegt. Daarbij wisselen een ‘latende modus’ en directief ingrijpen elkaar af.

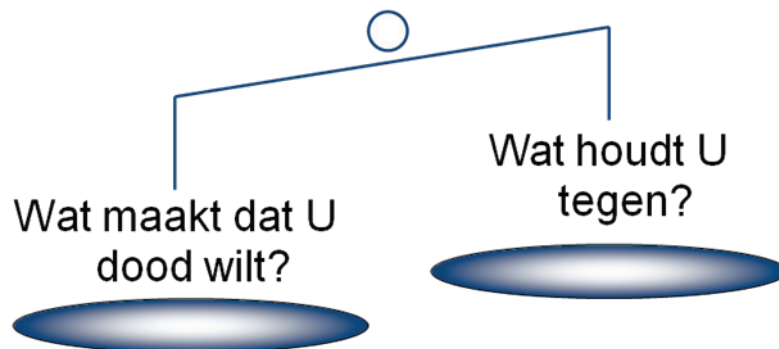
Voor snelle vragen kan het beeld van de fuik behulpzaam zijn voor de professional. Deze metafoor maakt inzichtelijk dat een cliënt ernstig verstrikt kan zijn geraakt in zijn doodswens. De metafoor helpt om op relatieve afstand in te schatten hoe dicht iemand bij de dood is. Hoe ver is iemand in het suïcidale proces terecht gekomen? Met andere woorden, hoe ver zit de cliënt in de fuik? Dit beeld past bij de noodzaak tot snel en directief ingrijpen, de hulpverlener moet en kan nu wat gaan *doen*.

De hulpverlening versnelt. Het is noodzakelijk om heel concreet te bepalen of de cliënt bijvoorbeeld al een datum heeft bepaald, al concrete plannen heeft gemaakt en daar al de spullen voor in huis heeft. Ook ervaringen met eerdere suïcidepogingen van de cliënt zelf en

van mensen uit zijn omgeving zijn belangrijk om te weten. Zeker fatale pogingen in de omgeving recent of langer geleden verlagen de drempel voor iemand om over te gaan tot een suïcidepoging. Al deze factoren moeten heel concreet en doelgericht worden uitgevraagd.

*Ambivalentie verkennen: de metafoor van de balans*

Een klinische inventarisatie heeft een belangrijke taxerende functie, maar zal niet bijdragen aan een echte dialoog, waarin ruimte wordt gemaakt voor de emotionele pijn van de cliënt. Daarvoor moet de hulpverlener weer afstemmen op de trage vragen die bij de cliënt leven, in de erkenning dat die niet met snelle interventies verholpen zijn. Hierbij past het beeld van een balans als tweede metafoor voor de suïcidedreiging. Dit beeld doet recht aan de ambivalentie die iemand met een doodswens ervaart. De cliënt heeft doorgaans gemengde gevoelens. Het helpt om te weten dat vrijwel niemand zonder bedenkingen dood wil en om suïcidaal gedrag te verstaan als een worsteling. Je mag er van uit gaan dat dit voor 95% van je cliënten<sup>vii</sup> het geval is.



Wat maakt dat u dood wilt? Wat wilt u met de dood bereiken? Wat wilt u niet meer meemaken? Het zijn vragen waar de cliënt over kan vertellen maar waar de hulpverlener geen compleet antwoord op moet willen. Het zijn als het ware thema's voor een ander moment. Veel hulpverleners vinden het moeilijk om de thema's alleen maar aan te raken, maar in de situatie dat iemand op het punt staat een einde aan zijn leven te maken, is het niet handig om ze echt uit te werken. De ambivalentie vraagt om vertraging en om empathie. Voor nu is erkenning voldoende: ze mag er zijn. Wel is het van levensbelang om de aangeraakte thema's te onthouden en te bewaren voor een vervolg.

Bij trage vragen ligt de valkuil op de loer om ze te transformeren naar snelle vragen door met oplossingen te komen. De hulpverlener die te zeer bezig is met doet-ie-het-wel-of-doet-ie-het-niet loopt het gevaar dat hij de ambivalentie rondom de doodswens van de cliënt onvoldoende verkent. Valkuilen zijn bijvoorbeeld om bij ieder argument om dood te willen een alternatief te willen zoeken of om te snel te snappen dat een thema tot een doodswens kan leiden. De eerste valkuil leidt snel tot een welles nietes patroon. Daar wil je absoluut uitblijven. Van de motiverende gespreksvoering<sup>viii</sup> leren we dat hoe meer de hulpverlener aan de ene kant van de balans gaat hangen, hoe meer gewicht de cliënt legt op de andere schaal. Voor nu gaat het er om een volledig beeld te krijgen en de ambivalentie te spiegelen. Die ambivalentie zal de hulpverlener verderop in het gesprek prima kunnen gebruiken. In dit deel past erkenning, maar ook behoedzaamheid. Te veel en te vroeg begrip voor de doodswens zou ook als stimulans voor suïcide kunnen worden opgepakt. Veelal zijn er vele dingen samen die tot een doodswens leiden. Na een of twee thema's aannemen dat dit het is geeft een groot risico dat er nog grotere problemen over het hoofd gezien worden. Schaamtegevoelens kunnen een grote barrière zijn voor cliënten om te bespreken wat hen diep van binnen parten speelt. Blijf dus

doorvragen of er meer is en stop daarmee pas als de cliënt zegt dat het beeld compleet is. Pas als de cliënt -eventueel met een cynisch “is het zo nog niet genoeg”- laat weten dat je beeld van deze kant van de balans compleet is, pas dan kun je ook de andere kant in kaart brengen. Die kennis kan je helpen om wederom te vertragen: Wat maakt het moeilijk om een einde aan je leven te maken? Wat houd je tegen? Zijn er dingen die je niet los kunt laten? Ook hierbij krijgt presentie voorrang boven interventie. Een finale inventarisatie is niet op zijn plaats. Ook hier zijn de thema's die worden genoemd stof voor vervolggesperkken. Ten gunste van de snelle suïcidepreventie die nu voorrang krijgt, worden de trage vragen welbewust en in overeenstemming met de cliënt erkend, maar voor nu ook even ‘gelaten’. De meest waarschijnlijke conclusie is dat er veel voor de dood is en weinig tegen. Dat is dan wat het is op dit moment.

### *Suïcidaal gedrag temperen*

Op grond van deze inventarisatie is de volgende opdracht voor de hulpverlener om suïcidaal gedrag te temperen. De hulpverlener versnelt weer en neemt een directieve rol. Hij vraagt de cliënt om uitstel en laat krachtig zien dat de cliënt nu weliswaar geen andere oplossingen ziet, maar dat hij daar als hulpverlener een andere kijk op heeft. Hij vraagt de cliënt daar op te vertrouwen en legt alvast noodverbanden aan. Hij vraagt de cliënt om het tijd te gunnen, ook al voelt hij nu niets dan wanhoop. Een bijkomend effect van de beslissing om zelfdoding uit te stellen, is dat de cliënt even kan stoppen met vechten en een tijdje gaat leven *met* de pijn. Daarnaast kan het een cliënt weer een eerste ervaring van greep op zijn leven geven. Dat alles in de voorzichtig groeiende hoop dat er mogelijk toch een trage weg uit de wanhoop is en in de bereidheid om dat te onderzoeken.

De boodschap heeft ongeveer de volgende strekking: “Onze organisatie helpt dagelijks mensen bij rouw, eenzaamheid, depressie. Wanneer u zorgt dat u overleeft, beloof ik dat we u daarmee helpen. Als dat niet lukt kunt u altijd nog kiezen voor zelfdoding. Die oplossing pakken we u niet af. Ik help u een mogelijk alternatief vinden.”

Wanneer men tot overeenstemming is gekomen over het uitstel wordt een actieplan gemaakt om op korte termijn de veiligheid te waarborgen. Men schakelt derden in. Ervoor zorgen dat iemand niet alleen is, verlaagt het risico op een suïcide aanzienlijk. In dit deel van het gesprek inventariseert de hulpverlener alle mogelijke risico's. “Wat zou je voornemen om alternatieven te zoeken kunnen dwarsbomen?” Denk daarbij ook aan slaapproblemen, middelengebruik (met name alcohol) en het piekeren. Dat laatste is vaak de meest acute wens van de cliënt: als het malen eerst maar ophoudt. De uitdaging voor de hulpverlener is om voor ieder risico een concreet haalbaar noodverband te verzinnen. Op basis hiervan wordt het volgende gesprek gepland. Moet dat nog vandaag of kan het morgen? Aandachtspunt is dat de tijd tot het volgende gesprek voor de cliënt te overzien is. Het is belangrijk aan te bieden dat er vervolgafspraken zijn zolang dat nodig is.

### **Op veilige grond... en dan?**

En dan belanden we bij een kritieke fase. Het suïcidaal gedrag is tot een veilig niveau teruggebracht. Hoe verloopt de hulpverlening verder? Regie houden over de verschillende rollen, betekent in de eerste plaats dat het van belang is dat hulpverleners zich ervan bewust zijn hoe sterk de instinctieve neiging is om je af te wenden van emotionele pijn. Ze voelen zich opgelucht als mensen zich weer ‘beter’ voelen, opgelucht dat ze hebben kunnen helpen. Want ten onrechte denken we dat het onze taak is als hulpverlener om emotionele pijn te bestrijden. Als er signalen zijn dat de doodswens niet meer aan de orde is, dan gebeurt het soms dat de trage zinvragen worden vergeten. Zowel cliënt als hulpverlener zijn bang om

weer van alles op te rakelen en gaan de emotionele pijn liever uit de weg. Terwijl het vermijden van emotionele pijn niet alleen gedoemd is te mislukken, maar de problemen op lange duur zelfs verergert. In hulpverleningsplannen worden doelen opgenomen voor die klachten die te behandelen zijn, maar wat gebeurt er eigenlijk met die lastige zinvragen? De ggz is zo gericht op klachtreductie dat 'je goed voelen' welhaast een norm wordt. Het bestaansrecht van emotionele pijn als onderdeel van een gezond geestelijk leven, komt daardoor in het gedrang. Trage vragen verdragen echter geen directe oplossing. Daarom is van belang dat hulpverleners hun probleemoplossende attitude kunnen afleggen om een situatie te creëren die ruimte geeft aan emotionele pijn, die de pijn bestaansrecht geeft en die het mogelijk maakt om de pijn te aanvaarden. De begeleiding bij trage vragen zou erop gericht moeten zijn dat cliënten meer en beter kunnen aanvaarden; dat een vechthouding plaats maakt voor verzoening. Effectieve hulpverlening bij zinvragen is contra-intuïtief: we bewegen niet van de pijn weg, maar juist naar de pijn toe. Niet om de pijn weg te nemen, maar om hem samen met de cliënt te leren uithouden. Om te leren leven, voluit, met pijn, maar hopelijk ook met hernieuwde hoop<sup>ix</sup>.

## Marjoleine Vosselman & Paul van Hoek

---

<sup>i</sup> Kunneman, H. (2012). Het kritische humanisme van Rudy Kopland. In: Goud, J. (red.). *Het leven volgens Rutger Kopland. Onze vluchtige plek van de waarheid*. Klement, Pelckmans

<sup>ii</sup> De beschrijving 'latende modus' is afkomstig van een theorie van de presentie van Andries Baart. Zie bijvoorbeeld: Baart, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale interventie, jr 12, nr 2, p 5-9*

<sup>iii</sup> Deze zorg werd uitgesproken door Edo Fennema, eerste geneeskundige bij Pro Persona Nijmegen tijdens het symposium 'Suicide leeft- in gesprek over suicide' dat in april 2012 plaatsvond in Nijmegen.

<sup>iv</sup> Het begrip 'trage vragen' is ontleend aan Harry Kunneman. Zie onder andere: Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke ik: bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: SWP, Humanistic University Press. p.15 ev.

<sup>v</sup> Van Hoek, P. & Brinkman, F. (2009). *Eigenlijk zegt u dat u dood wilt?! In gesprek met een suïcidale cliënt*. uitgeverij boom/nelissen

<sup>vi</sup> Luoma, J.B. & Hayes, S. C. (2009) *Leer ACT! Vaardigheden voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum. Acceptance and Commitment Therapy - ACT - is een gedragstherapeutische behandelvorm die probeert een antwoord te vinden op menselijk lijden. Patiënten wordt geleerd niet langer te vechten tegen emoties en gevoelens waarvan je niet kunt winnen; tijd en energie worden vooral geïnvesteerd in wat werkelijk van belang is voor de patiënt: zijn eigen waarden.

<sup>vii</sup> Van Heeringen, Prof. Dr. C. van en Kerkhof, Prof. Dr. A.J.F.M. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Bohn Stafleu van Loghum.

<sup>viii</sup> Miller, W.R. & Rollnick, S. *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Uitgeverij Ekklesia

<sup>ix</sup> Voor een nadere uitwerking van hulpverlening bij zinvragen verwijzen we naar het boek *Zingevende gespreksvoering- helpen als er geen oplossingen zijn* van Marjoleine Vosselman en Kick van Hout. Dit boek verschijnt in het najaar van 2013 bij uitgeverij Boom/Nelissen. Dit artikel is deels gebaseerd op het hoofdstuk over de traagheid van zinvragen uit hetzelfde boek.