

“Het voelt als mijn schuld, gelukkig sta ik er niet alleen voor”

*Onderzoek naar copingstijlen van hulpverleners in de Geestelijke
Gezondheidszorg na suicide*

**ALS DE MOED
JE IN DE SCHOENEN
ZAKT**

**GA DAN EENS
OP JE KOP STAAN**

Loesje

Melissa Dales
S2190095
Faculteit Godgeleerdheid en Religiewetenschappen
Master Geestelijke Verzorging 2015/2016

“Het voelt als mijn schuld, gelukkig sta ik er niet alleen voor”¹
*Onderzoek naar copingstijlen van hulpverleners in de Geestelijke
Gezondheidszorg na suïcide*

Naam: Melissa Dales
Studentnummer: S2190095
Email: m.t.dales@student.rug.nl
Universiteit: Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit: Godgeleerdheid en Religiewetenschappen
Opleiding: Master Geestelijke Verzorging 2015/2016
Eerste begeleider: dr. A. Visser-Nieraeth
Tweede begeleider: dr. N.M. Hijweege-Smeets.
Inlever datum: 1 augustus 2016²

¹ Respondent E, juli 2016, 4.

² Afbeelding voorblad: www.loesje.nl/teksten2015 20-07-2016

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie: “Copingstijlen van hulpverleners in de GGZ na suïcide”. Deze scriptie is geschreven als afronding van de master Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit van Groningen. De onderzoeks- en documentatie periode liep van april 2016 tot augustus 2016.

Tijdens dit onderzoek zijn mijn scriptiebegeleiders onmisbaar gebleken. Een speciale dank gaat uit naar Anja Visser-Nieraeth en Nicolette Hijweege- Smeets, zonder wie deze scriptie niet tot stand was gekomen.

Ook wil ik de respondenten bedanken voor hun tijd en openheid, zonder hen waren er geen data geweest en had ik mijn kwalitatieve onderzoek niet kunnen voltooien.

Daarnaast wil ik Daan van Someren, Roos Feringa en Marja Dales bedanken voor hun tijd en inzet op het gebied van de taal, opbouw en grammaticale correctheid van de scriptie. Eventuele incorrectheden, die desondanks in mijn scriptie zitten, zijn mijn verantwoordelijkheid.

Daarnaast wil ik Igor Kleijberg, Iris Keuning, Wopkje Heida, Nadia Dales, Jan Dales, Irene Jurna, Tonny Nengerman en Joram Knol bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen dat deze scriptie en de master tot een goed einde zouden komen. De bemoedigende woorden en afleiding op de juiste momenten waren onmisbaar.

Tot slot wil ik een speciale dank uitspreken naar een bijzondere vriend, Victor Hammenga. Hoewel je er helaas niet meer bent om mijn scriptie te lezen, ben je onlosmakelijk met het proces verbonden. Het onderzoek naar copingstijlen van hulpverleners in de GGZ kreeg door jou een persoonlijke lading. De scriptie is onderdeel geworden van mijn eigen coping proces en zal altijd een herinnering blijven aan jouw afscheid van de wereld. Dankjewel Vic, voor alle jaren vriendschap en de mooie herinneringen.

Ik wens u veel leesplezier en wellicht een nieuw inzicht in uw eigen copingstijl toe.

Met vriendelijke groet,

Melissa Dales

augustus 2016

Verklarende woordenlijst

- Appraisal:** De betekenis die iemand geeft aan de stressor. Dit hangt samen met de mate waarin iemand de stressor als bedreigend ervaart en de mate waarin de stressor geacht wordt van invloed te zijn op het leven van iemand. De betekenis die aan de stressor gegeven wordt zorgt voor de lichamelijke en psychische druk
- Coping:** De wijze waarop mensen omgaan met de lichamelijke of psychische druk die stressoren opleveren
- Copingstijl:** Specifieke soort reactie op stressoren die valt onder coping.
- *Approach gericht:* naar de stressor toe bewegend
 - *Avoidance gericht:* van de stressor af bewegend
 - *Meaning making:* gericht op de betekenis van de stressor
 - *Probleem gericht:* richt zich op de stressor
 - *Emotie gericht:* gericht op het zo minimaal mogelijk houden van de stress die de stressor veroorzaakt.
- Stressor:** De persoon, gebeurtenis of situatie die lichamelijke of psychische druk uitoefent doordat het verlies veroorzaakt, als bedreigend wordt ervaren of invloed heeft op het leven van anderen.

Samenvatting

Probleem,- en doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is om in kaart te brengen welke copingstijlen door hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) gebruikt worden na een suïcide. De gemeenschappelijke factor is dat de respondenten in hun professionele rol zijn. Dit heeft gevolgen voor de invloed van suïcide op de hulpverlener en daarmee op de manier waarop er met suïcide omgegaan wordt. De focus van het onderzoek zal liggen op de professionele beleving van suïcide en hoe er vanuit de functie van hulpverlener met suïcide omgegaan wordt.

De onderzoeksvraag die beantwoord wordt is: 'Welke copingstijlen worden gebruikt door hulpverleners in de GGZ na een suïcide'?

Suïcide als stressor

Suïcide is voor hulpverleners in de GGZ een verlieservaring. Dat verklaart waarom het een grote invloed kan hebben op de hulpverlener. Afhankelijk van de band met de overledene, de behandelbevoegdheid en verantwoordelijkheid, het denken over suïcide en andere stressfactoren op het werk, kan de hulpverlener gevoelens van schuld, schaamte, incompetentie, verdriet en boosheid ervaren en juridisch aansprakelijk worden gehouden na een suïcide.

Methode van onderzoek

Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. De onderzoeksgegevens zijn verzameld via interviews met een half open interviewstructuur. Er zijn zes interviews gehouden met hulpverleners in de GGZ. De interviews met de respondenten zijn woordelijk uitgeschreven. Vervolgens heeft de onderzoeker de antwoorden van de respondenten onderverdeeld in verschillende categorieën. Deze categorieën waren 1. Uitspraken over de omstandigheden van het werk en de suïcide. 2. Uitspraken en uitingen omtrent emoties en gedachten over suïcide. en 3. Uitspraken over de invloed van de suïcide op het professioneel handelen. De antwoorden in de verschillende categorieën zijn door de onderzoeker geanalyseerd, met elkaar vergeleken en voor zover mogelijk gekoppeld aan verschillende copingstijlen.

Resultaten en analyse

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat alle respondenten een *avoidance* gerichte copingstijl lieten zien direct na het horen van de suïcides. Deze copingstijl uit zich in

fysieke arbeid of het zoeken van afleiding. Er is op dat moment een beweging van de stressor af en eventuele emoties die opgeroepen worden door de stressor worden geparkeerd. Dit is volgens de respondenten nodig om het werk goed en zorgvuldig te kunnen uitvoeren.

Vervolgens is bij vijf van de zes respondenten een vorm van *approach* coping te onderscheiden. Dit uit zich in het spreken met collega's, het uitvoeren van een ritueel zoals het aansteken van een kaars ter nagedachtenis, spreken met partners en het bijwonen van een herdenkingsdienst of uitvaart. Er is zowel sprake van probleem gerichte,- als emotie gerichte coping.

Wanneer *global meaning* en *appraisal* met elkaar overeen komen in *meaning making* coping vinden er minder heftige emoties plaats. Hoewel bij drie respondenten het denken over suïcide niet is veranderd, blijkt respondent F minder emotionele belasting te ervaren dan respondenten C en D. Doordat de situatie in het wereldbeeld past is de schok kleiner, de *appraisal* minder en ondervinden de respondenten minder lichamelijke en geestelijke uitingen van stress. De andere drie respondenten hebben hun denken over suïcide aangepast aan de werkelijkheid die zich voordoet in hun werk, waardoor *global meaning* en *appraisal* overeenkomen.

Conclusie en discussie

De vraag naar copingstijlen van hulpverleners in de GGZ na suïcide kan als volgt beantwoord worden: Allereerst laten hulpverleners een *avoidance* gerichte coping stijl zien. Vervolgens gaan ze over op een *approach* gerichte coping stijl die zowel emotie als probleem gericht kan zijn. Dit is te verklaren vanuit een model van coping van Stroebe en Schut. In dit model wordt de afwisseling van beide manieren van coping weergegeven en er wordt beargumenteerd dat dit de meest effectieve manier van coping na een verlieservaring is omdat het oog heeft voor wat verloren is gegaan en voor hoe het verder moet. De manier waarop er over suïcide gedacht wordt bepaalt in welke mate de respondent stress ervaart van de suïcide. Komt de mogelijkheid tot suïcide voor in het wereldbeeld van de respondent, dan heeft deze er minder lichamelijke en emotionele stress van dan wanneer suïcide niet in het wereldbeeld past en wel plaatsvindt.

Aanbevelingen:

Uit vooronderzoek en de antwoorden van de respondenten lijkt nazorg in de GGZ over het algemeen voldoende van de grond te komen na suïcide. Wel zou er meer aandacht besteed kunnen worden aan de individuele hulpverlener in zijn of haar persoonlijke

behoeft aan nazorg en de invulling van die nazorg. Het nazorgplan van instellingen in de GGZ zou daarom aangepast kunnen worden aan de bevindingen uit dit onderzoek.

De focus van nazorg komt te liggen op de invloed van suïcide op het vertrouwen van de hulpverlener in de eigen professionele competenties. Dit kan door middel van individuele gesprekken met een teamleider of geestelijk verzorger of in groepsverband door intervisie bijeenkomsten. Er zou daarbij gedacht kunnen worden aan activiteiten die helpen het vertrouwen in de professionele competenties terug te winnen door bijvoorbeeld simulatie testen te doen.

Nazorg gericht op individuele twijfels over professionele competenties en behoeften van de hulpverlener zou kunnen resulteren in een 'menukaart' van nazorg waaruit de hulpverlener zou kunnen kiezen. Hierdoor heeft de hulpverlener de mogelijkheid om de nazorg te kiezen die past bij zijn of haar persoonlijke copingstijl. De kracht van de 'menukaart' ligt in de beschikbaarheid van de keuze en de aanwezigheid van de zorg. De keuzevrijheid van de hulpverlener bevordert daarbij het vertrouwen in de competentie van maken van keuzes. Het maken van keuzes is een competentie waar de respondenten aan twijfelen na een suïcide.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Inleiding | pagina 9 |
| Hoofdstuk 1 : Suïcide als stressor | pagina 14 |
| 1.1 Suïcide in Nederland | pagina 14 |
| 1.2 Suïcide als verlieservaring | pagina 15 |
| 1.3 Relatie tussen hulpverlener en cliënt | pagina 16 |
| 1.4 Gevolgen voor hulpverleners | pagina 17 |
| 1.4.1 Effect van suïcide op hulpverleners | pagina 18 |
| 1.4.2 Omgaan met verlies in een professionele relatie | pagina 19 |
| Hoofdstuk 2: Coping en copingstijlen | pagina 23 |
| 2.1 Definities van coping | pagina 23 |
| 2.2 <i>Approach</i> - en <i>avoidance</i> oriënted coping | pagina 27 |
| 2.3 Probleem- en emotie gerichte coping | pagina 30 |
| 2.4 <i>Meaning making</i> coping | pagina 32 |
| 2.4.1 Religieuze coping | pagina 34 |
| Hoofdstuk 3: Praktijk onderzoek | pagina 41 |
| 3.1 Vooronderzoek | pagina 41 |
| 3.2 Methode van onderzoek | pagina 42 |
| 3.2.1 Karakteristieken onderzoeker | pagina 42 |
| 3.2.2 Opzet onderzoek | pagina 43 |
| 3.2.3 Methode van data analyse | pagina 44 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten en analyse | pagina 46 |
| 4.1 Omstandigheden | pagina 46 |
| 4.2 (Emotionele) reactie | pagina 47 |
| 4.3 Copingstijlen | pagina 50 |
| 4.4 Verandering in functioneren | pagina 52 |
| 4.5 Reflectie op de resultaten | pagina 56 |
| Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie | pagina 59 |
| 5.1 Copingstijlen | pagina 59 |
| 5.2 Reflectie op methode en uitvoering onderzoek | pagina 62 |
| 5.3 Aanbevelingen voor de praktijk | pagina 63 |
| Literatuurlijst | pagina 65 |
| Bijlage 1: Onderzoeksuitnodiging respondenten | pagina 68 |
| Bijlage 2: Interviewvragen | pagina 69 |

Inleiding

In de inleiding zal allereerst kort de aanleiding van het onderzoek beschreven worden. Vervolgens wordt het theoretisch kader toegelicht, waarna de probleem,- en doelstelling van het onderzoek worden gepresenteerd. De inleiding sluit af met een weergave van de onderwerpen van de komende hoofdstukken.

Aanleiding voor het onderzoek:

Pro Persona Wolfheze is een Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) instelling die multi-complexe zorg (MCZ) biedt aan mensen met een psychiatrische ziekte en/of niet aangeboren hersenletsel.³ In deze zorginstelling hebben in 2015 drie suïcides plaatsgevonden. In gesprek met verpleegkundigen, psychologen en zorgmanagers bleek dat nazorg aan zorgverleners na suïcide niet vanzelfsprekend is. Hoewel er informeel grote betrokkenheid is en de impact van suïcide besproken wordt op de afdeling, is er weinig geformaliseerd rondom nazorg voor medewerkers. Dit heeft als gevolg dat op iedere afdeling waar suïcide plaatsvindt een ander beleid wordt gevoerd omtrent nazorg. Zorgmanagers geven aan het gevoel te hebben “met lege handen te staan” als het gaat om de organisatie en invulling van nazorg voor hun team.⁴ Naar aanleiding van deze gesprekken over nazorg met verschillende zorgverleners heeft een onderzoek naar beleving en ervaring van nazorg, door medewerkers van Pro Persona MCZ Wolfheze plaatsgevonden. Over dit onderzoek kom ik te spreken in het hoofdstuk over de methode van onderzoek.

Na het onderzoek naar beleving en ervaring van nazorg na suïcide door hulpverleners, bleef de vraag naar de persoonlijke manier van omgaan met suïcide door hulpverleners in de GGZ bestaan. Hoewel duidelijke en gestructureerde nazorg van belang is om de impact van suïcide een plek te geven, hangt deze impact ook af van de persoonlijkheid van de hulpverlener en de manier waarop er van nature met stressvolle gebeurtenissen wordt omgegaan.

Theoretisch kader

Psychiaters en psychologen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geven vaker blijk van depressieve klachten dan hun collega's die in andere sectoren aan

³ www.propersona.nl/wolfheze 09-05-2016

⁴ Eigen informatie, gesprekken zorgmanagers Pro Persona MCZ Wolfheze, januari 2016.

het werk zijn.⁵ Eén van de factoren die dit kan verklaren is dat 50% van de suïcides in Nederland gebeurt door mensen die op dat moment in behandeling zijn in de GGZ.⁶ In onderzoek naar stress op het werk bij hulpverleners kwam naar voren dat suïcide een van de meest grote stressoren is in de psychiatrie. Hierbij wordt stress driedelig opgevat. 1. De stressor die van buitenaf komt. 2. De waarde die de persoon aan de stressor en de gevolgen ervan toekent. 3. De lichamelijke en geestelijke uitwerking van de stressor op de persoon. Deze drie onderdelen vallen onder de noemer “stress”.⁷

Van de Nederlandse en Vlaamse psychiaters en arts-assistenten in opleiding krijgt 70% gedurende die opleiding te maken met mensen die suïcide plegen.⁸ Er zijn in de afgelopen jaren verschillende studies gedaan naar het effect van suïcide op het professioneel handelen van psychiaters, psychologen en arts-assistenten, zowel in opleiding als in een later stadium in het werk.

Uit een onderzoek van Chemtob *et al* onder psychiaters bleek dat de helft van de respondenten (135 van de 269 respondenten), na een suïcide van één van hun cliënten melding maakte van een stressniveau dat te vergelijken was met het overlijden van een ouder.⁹ Ook in een onderzoek van Alexander *et al* onder Schotse psychiaters gaf een derde van de respondenten (79 van de 247 respondenten) aan negatieve effecten te hebben ondervonden in het persoonlijke leven door de suïcide. Dit uitte zich in slapeloosheid, een lager zelfvertrouwen en prikkelbaarheid. Van de ondervraagden dacht 15 % er over om eerder met pensioen te gaan als gevolg van de suïcide van hun patiënt.¹⁰ In een ander onderzoek van Yousef *et al* bleek dat 52 % van de respondenten last had van klinische stress en 29 % van de respondenten dit ook bleef ervaren in dezelfde mate in de metingen na zes en achttien maanden.¹¹

⁵ Hendin, H. & Pollinger-Haas, A. & Maltberger, J.T. & Szanto, K. & Rabinowicz, H. 'Factors contributing to Therapists' distress after the suicide of a patient', *American journal of Psychiatry* 161 (2004) 1444.

⁶ Rinne-Alberts, M.A.W. & Keemink, M.A.J. & Hermans, P.J. & Ploeg, van, der, G.J. 'De reactie van Nederlandse behandelaars op de suicide van een patient', *Tijdschrift voor de psychiatrie* 35(1997) 485.

⁷ Wiley, 'Stress and Health' *ISI Journal Citation Reports* 34 (2015) 85.

⁸ Heyn, de, E. & Pieters, G. & Joos, S. & Gucht, de V. 'Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suicide van patiënten', *Tijdschrift voor psychiatrie* 46 (2004) 579, Rinne-Alberts, M.A.W. & Keemink, M.A.J. & Hermans, P.J. & Ploeg, van, der, G.J. 'De reactie van Nederlandse behandelaars', 485.

⁹ Chemtob, C. et al, 'Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrists', *American journal of Psychiatry* 145 (1988) ,225 & Heyn, de, E. & Pieters, G. & Joos, S. & Gucht, de V. 'Ervaringen van psychiaters in opleiding, 579.

¹⁰ Foley, S.R. & Kelly, B.D. 'When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies', *Advances in Psychiatric Treatment* 13 (2007) 135.

¹¹ Idem.

Het wetenschappelijk onderzoek naar de impact van suïcide op zorgverleners dat tot nu toe verricht is focust zich voornamelijk op psychiaters en psychiateren in opleiding. Dit is een specifieke groep hulpverleners met behandelbevoegdheid en verantwoordelijkheid. Dit is van belang omdat psychiaters eindverantwoordelijk zijn voor de behandeling van de patiënt en daar ook juridisch op aangesproken kunnen worden. Dit zorgt bij suïcide in veel gevallen voor een verhoogd gevoel van schuld en verantwoordelijkheid omdat de behandeling in hun ogen mislukt is.¹²

Het tot nu toe verrichte onderzoek richt zich niet op de manier waarop er met de suïcide omgegaan wordt door zorgverleners, maar op het effect ervan op het professioneel handelen. Deze twee uitgangspunten zijn niet hetzelfde. Dit is een belangrijk onderscheid omdat de manier waarop hulpverleners omgaan met suïcide gevolgen kan hebben voor het persoonlijk en professioneel handelen van de hulpverlener.¹³ De manier van omgaan met stressvolle situaties wordt ook wel coping genoemd.

In de zorgrelatie staat de cliënt centraal, maar hulpverlener en cliënt staan met elkaar in relatie. Er is sprake van emotionele betrokkenheid van de hulpverlener. Het gevaar daarbij is dat professioneel handelen kan blokkeren wanneer er niet goed met de emoties omgegaan kan worden door de hulpverlener. Wanneer deze emotionele betrokkenheid erkent en geanalyseerd wordt, kan het professioneel handelen verbeteren.¹⁴ Meer inzicht in copingstijlen kan dus wellicht bijdragen aan een betere inschatting van gevolgen voor het professioneel handelen en kwetsbaarheden van de hulpverlener.

De lacune in de huidige wetenschappelijke kennis over manieren van omgaan met emotionele betrokkenheid en het effect daarvan is de aanleiding voor een explorierend onderzoek naar copingstijlen van medewerkers in de GGZ na suïcide. Om te kunnen onderzoeken welke copingstijlen hulpverleners in de GGZ gebruiken na suïcide, is het belangrijk om de invloed van suïcide op de hulpverlener vast te stellen evenals de weergave van manieren om met deze invloed om te gaan.

¹² Hendin, H. & Pollinger-Haas, A. & Maltberger, J.T. & Szanto, K. & Rabinowicz, H. 'Factors contributing to Therapists' distress', 1444.

¹³ Rinne-Alberts, M.A.W. & Keemink, M.A.J. & Hermans, P.J. & Ploeg, van, der, G.J. 'De reactie van Nederlandse behandelaars', 487.

¹⁴ Eeden, van, C., J., M., A. *Copen met coping, professionaliteit is omgaan met je eigen geraaktheid* (Amsterdam 2012) inleiding.

Coping wordt door Lazarus en Launier beschreven als een proces dat plaatsvindt als een persoonlijke cognitieve reactie op stressoren die van buitenaf komen: *Coping refers to cognitive and behavioral efforts to master, reduce or tolerate the internal and/or external demands that are created by the stressful transaction.*¹⁵ De nadruk ligt hierbij op de interactie tussen de stressor en de persoonlijkheidskenmerken van het individu. De definitie van coping door Lazarus en Launier is een bruikbaar uitgangspunt voor dit onderzoek naar copingstijlen omdat zowel deze definitie als het onderzoek zich richt op persoonlijke stressreacties en manieren om deze reacties te verkleinen.

Door persoonlijkheidskenmerken zoals waarden en normen als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek naar coping, werd het onderzoeksterrein uitgebreid. Stress werd door onderzoekers niet langer gezien als een vorm van pathologie, maar als een algemeen voorkomende reactie van de geest en het lichaam op situaties en gebeurtenissen die niet overeenkomen met de persoonlijke waarden en normen. Er kwam in psychodynamische theorieën aandacht voor alledaagse manieren van omgaan met stressoren door alledaagse mensen. Deze definitie van coping is geschikt omdat het onderzoek is gericht op een doelgroep zonder psychopathologische diagnose.

Probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvraag:

De doelstelling van het onderzoek dat wordt beschreven in deze scriptie is om weer te geven welke copingstijlen door hulpverleners in de GGZ gebruikt worden na een suïcide. Het onderzoek richt zich op de professionele beleving van suïcide en hoe er vanuit die beleving met suïcide omgegaan wordt.

Meer kennis over het gebruik van copingstijlen door hulpverleners in de GGZ na suïcide zou kunnen bijdragen aan de verbetering van nazorgmogelijkheden. Verbetering van zorgmogelijkheden zou kunnen leiden tot een afname van lichamelijke en geestelijke stressreacties bij hulpverleners na een suïcide van een cliënt.

De onderzoeksvraag die ik beantwoord met dit onderzoek is de volgende: 'Welke copingstijlen worden gebruikt door hulpverleners in de GGZ na een suïcide'?

¹⁵ Lazarus R.S. & Launier, R. 'Stress-related transactions between person and environment.' In: L.A. Pervin en M. Lewis (red.), *Theories of emotions: Volume I Emotion: Theory, research, and experience*, Academic Press (New York 1978) 287.

Indeling onderzoek

Allereerst zal ik in hoofdstuk 1 weergeven hoe een suïcide van een cliënt kan werken als een stressor en welk effect suïcide kan hebben op het professioneel handelen van de hulpverlener. Vervolgens geef ik in hoofdstuk 2 een uiteenzetting van verschillende copingstijlen die gebruikt kunnen worden om met stressoren om te gaan. Daarna volgt in hoofdstuk 3 een overzicht van de methode die gebruikt is voor het onderzoek, waarna in hoofdstuk 4 de resultaten en analyse van het empirisch onderzoek aan de hand van de verschillende copingstijlen worden besproken. Tenslotte zullen in hoofdstuk 5 de discussie, de conclusie en de aanbevelingen weergegeven worden.

Hoofdstuk 1 Suïcide als stressor

Onder coping wordt, in deze scriptie, de wijze waarop mensen omgaan met stressreactie die een stressor teweeg brengt verstaan.¹⁶ De *appraisal* van de stressor door het individu bepaalt in welke mate de stressor als bedreigend wordt ervaren en hoe belangrijk de verliezen die geleden worden door de stressor zijn voor het individu. Daaropvolgend voelen mensen stress, dit is de lichamelijke en geestelijke reactie op de stressor. Voordat er onderzocht kan worden hoe hulpverleners in de GGZ copen met suïcide moet eerst worden vastgesteld waarom suïcide van cliënten als stressor gezien moet worden. In dit hoofdstuk wordt een uiteenzetting gegeven van de factoren die bijdragen aan de stressvolle uitwerking van suïcide op hulpverleners in de GGZ.

1.1 Suïcide in Nederland

Per jaar komen ongeveer 1800 mensen door suïcide om het leven. Dit betekent vijf suïcides per dag. Suïcide is in Nederland per jaar in 1,4% van de overlijdensgevallen de doodsoorzaak.¹⁷ De meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over suïcide dateren uit het jaar 2014. In dat jaar was volgens het CBS voor het eerst in vijftien jaar geen stijging in het aantal suïcides dat jaar. In de afgelopen vijftien jaar is het aantal suïcides toegenomen met 23% van 1500 in 2000 tot 1835 in 2014. Per duizend inwoners is dit aantal gestegen van 9,8 inwoners in 2000 naar 11,1 inwoners in 2014.¹⁸

De helft van de mensen die suïcide plegen of een suïcide poging doen ontvangen voorafgaand aan dat moment hulp van de GGZ. Driekwart van de mensen die suïcide plegen zijn eerder in hun leven op een moment met de GGZ in aanraking gekomen.¹⁹ De hulp die de GGZ biedt varieert van een kortdurend ambulante traject tot een langdurige opname in een GGZ instelling.²⁰

¹⁶ Lazarus R.S. & Launier, R. 'Stress-related transactions between person and environment', 287

¹⁷ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/37/aantal-zelfdodingen-in-2014-niet-verder-gestegen> 22-05-2016 19.24

¹⁸ ibidem.25

¹⁹ Kerkhof, A.J.F.M. & Arensman, E. & Neeleman, J. & Wilde, de, E.J. 'Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland' *Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie* Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting, 4.

²⁰ Veerbeek, M. & Knispel, A. & Nuijen, J.' GGZ in tabellen', *Trimbos Instituut* (2009) 12.

1.2 Suïcide als verlieservaring

Om te begrijpen op welke manier suïcide van een cliënt invloed kan hebben op het professioneel handelen van de hulpverlener, moet worden gekeken naar de soort ervaring die suïcide is. Suïcide door cliënten is voor hulpverleners in de GGZ een verlieservaring. Herman de Mönnik heeft onderzoek gedaan naar verlies, rouw en trauma vanuit zijn professe als GZ psycholoog en docent verlieskunde. Verlies definieert hij als volgt: *De waarneming dat een geliefd onderdeel van het leven ten einde is.*²¹ Het geliefde onderdeel van het leven is in het geval van suïcide in de GGZ, de cliënt die door de hulpverlener op een professionele, doch menselijke, manier geliefd wordt. Verlies kan verschillende vormen aannemen afhankelijk van de persoon die het ervaart. De Mönnik zet in zijn boek: *Verlieskunde* een aantal vormen van verlies uiteen. In deze scriptie zullen de vormen van verlies die van toepassing zijn bij suïcide behandeld worden

Volgens De Mönnik valt suïcide in de dimensie van sociale- en psychische verliezen.²² Sociale verliezen zijn verliezen in relationeel opzicht. Het hoeft hierbij niet altijd te gaan om een overlijden, al is dit bij een suïcide wel het geval. De Mönnik richt zich bij het beschrijven van sociale verliezen voornamelijk op de nabestaanden van de overledene. In die verlieservaring staat de relatie tot de overledene vaak voorop en kan suïcide als sociaal verlies geclassificeerd worden.

Suïcide van een cliënt vanuit het perspectief van de hulpverlener kan daarentegen eerder geclassificeerd worden als een existentieel verlies dat binnen de psychische dimensie van verlies valt. De psychische dimensie van verlies van cliënten door suïcide kan te maken hebben met verwachtingen van hulpverleners over de effecten van een behandeltraject die bijgesteld moeten worden. Ook kan een suïcide van een cliënt een hulpverlener geestelijk uit balans brengen, wat ook valt onder verliezen op psychisch vlak.²³

Existentiële verliezen zijn verliezen die existentiële vragen over het “hoe en waarom” van het leven oproepen.²⁴ Omdat hulpverleners vanuit hun professe te maken

²¹ Mönnik, de, H. *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk* (Amsterdam 2008) 37.

²² Idem.

²³ Idem.

²⁴ Ibidem, 58.

krijgen met suïcide kan deze verlieservaring vragen omtrent de uitvoering van het werk en het eigen professioneel handelen oproepen.²⁵

Door het plotselinge en vaak onverwachte karakter van suïcide is suïcide een incidenteel verlies. Incidentele verliezen zijn onvoorspelbaar en niet direct gekoppeld aan de overgangen in de menselijke levensloop. Het onvoorspelbare karakter van incidentele verliezen maakt dat een incidenteel verlies een ingrijpende gebeurtenis is. Vaak is er geen moment van afscheid mogelijk met de overledene en anticipatie op de situatie van de suïcide kan daardoor moeizaam verlopen.²⁶ Tegenover incidentele verliezen staan overgangsverliezen, die samenhangen met overgangen in de menselijke levensloop en redelijk universeel zijn in een mensenleven.²⁷

Hoewel suïcide als incidenteel verlies kan worden gezien, zijn er een aantal redenen waardoor in dit onderzoek de verwachting is dat de respondenten suïcide taxeren op een manier die meer past bij overgangsverliezen dan incidentele verliezen. Hulpverleners krijgen vanuit hun professe met suïcide te maken en zijn geen nabestaanden van de mensen die overlijden. Ook komen hulpverleners in de GGZ door hun professe relatief vaak in aanraking met suïcides van cliënten. Mogelijk vindt daardoor een “normalisering” van suïcide binnen het vakgebied van hulpverleners in de GGZ plaats. Daardoor ervaren zij in de taxatie suïcide als stressor als minder bedreigend en emotioneel, waardoor er minder lichamelijke en geestelijke stressreacties plaatsvinden.

1.3 Relatie hulpverlener en cliënt

De hulpverlener gaat een professionele relatie aan met de cliënt zodra de behandeling begint. Na het voorvallen van een suïcide van de cliënt kan de hulpverlener het gevoel hebben dat hij/zij niet voldoende hulp heeft verleend. De zorgrelatie wordt op een abrupte manier verbroken en er is geen mogelijkheid meer voor nieuwe zorgkansen die zouden kunnen leiden tot een verbeterde waardering van het leven in de toekomst van de cliënt.²⁸ Het ‘falen’ van de hulpverlening kan gevoelens van onmacht, schuld en

²⁵ Draper, B. & Kolves, K. & De Leo, D. & Snowdon, J. ‘The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals’ *General Hospital Psychiatry* 36(2014) 721-725, 723.

²⁶ Mönnik, de, H. *Verlieskunde* 38.

²⁷ idem.

²⁸ Bos, T. ‘Denkers over de zelfgekozen dood, een boekessay’, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 57.

verdriet oproepen, wat nadelige gevolgen als krampachtig werken kan hebben voor het functioneren van de hulpverlener.²⁹

Voor verpleegkundigen in de GGZ is de professionele relatie misschien wel het meest hecht. Verpleegkundigen hebben bijna dagelijks contact met dezelfde cliënten als deze opgenomen zijn. Toch praten relatief weinig verpleegkundigen openlijk over suïcides of andere traumatische gebeurtenissen in hun werk. Dit zou kunnen komen doordat verpleegkundigen vaak heel streng voor zichzelf zijn en vinden dat 'ze er tegen moeten kunnen' en 'gewoon hun werk moeten doen.'³⁰ Exacte cijfers zijn hierover niet te vinden.

In onderzoek wordt zoals eerder besproken de meeste nadruk gelegd op de beroepsgroep van psychiaters en psychologen. Dit is vanuit de behandelverantwoordelijkheid te verklaren. Psychologen en psychiaters zijn formeel en juridisch verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling, waarbij de hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor de inhoudelijke keuzes en interventies in de behandeling. Verpleegkundigen houden zich na een suïcide voornamelijk bezig met cliëntenzorg voor de andere cliënten op de afdeling waar de suïcide heeft plaatsgevonden.³¹

Het onderscheid in de werkzaamheden na een suïcide tussen behandelaren en verplegend personeel komt het meest duidelijk naar voren in instellingen waar mensen langdurig verblijven. Wanneer mensen suïcide plegen terwijl ze ambulante behandeling zijn bij de GGZ is er alleen een behandelteam van psychologen en psychiaters onder leiding van een hoofdbehandelaar betrokken. Deze nemen dan ook de eventuele cliëntenzorg op zich na een suïcide, bijvoorbeeld wanneer iemand participeerde in een groepsbehandeling.

1.4 Gevolgen voor hulpverleners

Verschillende negatieve gevolgen voor hulpverleners die met de zelfdoding van een cliënt moeten omgaan kunnen geïdentificeerd worden. Allereerst zal er aandacht

²⁹ Kerkhof, A.J.F.M. & Arensman, E. & Neeleman, J. & Wilde, de, E.J. 'Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland' *Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie* Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting, 9.

³⁰ Jansen, R. 'Heftige gebeurtenissen op het werk, ik vond dat ik ertegen moest kunnen', *Nursing traumatische ervaring* 18 (2016) 18.

³¹ Eeden, van, C., M., A. *Copen met coping, professionaliteit is omgaan met je eigen geraaktheid* (Amsterdam 2012) 28.

geschonken worden aan algemene effecten van suïcide op hulpverleners. Vervolgens wordt er beschreven hoe hulpverleners om kunnen gaan met verlies en stress vanuit hun professionele relatie met de cliënt.

1.4.1 Effect van suïcide op hulpverleners

In het onderzoek naar suïcide en suïcidepreventie door het Nationale Actieplan Suïcide en Suïcidepreventie worden de gevolgen van suïcide voor hulpverleners kort genoemd:

Hulpverleners kunnen ernstig geraakt worden door de suïcide van hun patiënt gedurende de behandeling. Sommige hulpverleners ondervinden als gevolg hiervan ernstige consequenties in hun beroepsmatig functioneren.³²

Wat het effect van suïcide op een hulpverlener kan zijn, waardoor het beroepsmatige functioneren wordt bemoeilijkt wordt in het onderzoek van Claude Chemtob et al voor het eerst systematisch onderzocht. In dit onderzoek komt naar voren dat gevoelens van schuld, schaamte en boosheid in een verhoogde mate aanwezig zijn bij de psychiaters nadat een patiënt overleed tijdens de behandeling bij een psychiater. Daarnaast geven de psychiaters aan een lager zelfvertrouwen te hebben en zich meer bewust te zijn van wat er in behandelingen mis kan gaan. Dit had een verhoogde alertheid op suïcidale uitingen en een verhoogde interesse in het juridisch werkkader tot gevolg. Chemtob was in 1988 de eerste die aandacht vroeg voor de gevolgen van suïcide bij cliënten voor psychiaters en toonde aan dat meer dan de helft van de psychiaters suïcide van cliënten ervaren als een van de grootste stressfactoren in het werk.³³

E. Alexander deed een vergelijkbaar onderzoek onder Schotse psychiaters. Dit deed hij net als Chemtob door middel van een vragenlijst. Uit analyse van de vragenlijsten bleek dat een derde van de respondenten aan slaapproblemen, prikkelbaarheid en een sombere stemming leed na een suïcide van één van hun patiënten. Dit gevoel nam langzaam af tot een half jaar na de suïcide. Na een half jaar bleken geen verhoogde stresslevels meer te meten zijn.³⁴

³² , Kerkhof, A.J.F.M. & Arensman, E. & Neeleman, J. & Wilde, de, E.J. 'Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland' *Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie* Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting, 8.

³³ Chemtob, C. et al, *Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrists* American journal of Psychiatry (1988) 226.

³⁴ Heyn, de, E. & Pieters, G. & Joos, S. & Gucht, de V. 'Ervaringen van psychiaters in opleiding', 580.

Een onderzoek naar de gevolgen van suïcide onder psychiaters in opleiding in Vlaanderen toonde aan dat ook hier schuldgevoelens veelvoorkomend zijn. Ook speelt bij hen, meer dan bij psychiaters die al langer in dienst zijn, twijfel aan de eigen competenties en de bekwaamheid als arts. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat de suïcide hen had beïnvloed en dat ze nu meer alert waren op signalen die op suïcidaliteit kunnen wijzen. Dit kwam mede voort uit juridische gevolgen die de suïcides hadden voor een deel van de psychiaters in opleiding. Hoewel ze onder supervisie van een gediplomeerd psychiater handelen, blijft het behandelteam als geheel juridisch aansprakelijk voor de patiënt waarbij de hoofdbehandelaar de grootste verantwoordelijkheid draagt. Deze aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid zorgt mede voor het schuldgevoel dat in grote mate aanwezig is.³⁵

Naast de emotionele gevolgen die suïcide kan hebben, moet een hulpverlener ook rekening houden met eventuele professionele gevolgen. Een suïcide in een zorginstelling moet altijd gemeld worden bij de inspectie door middel van het ingevulde document 'melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel'.³⁶ De geneesheer-directeur voegt aan dit format de conclusies uit de evaluatie toe die standaard gehouden wordt na een suïcide en gericht is op de situatie van de overledene en de afhandeling van de suïcide. Dit kan ertoe leiden dat hulpverleners juridische gevolgen ondervinden van een suïcide. Hoewel juridische gevolgen in de bovenstaande onderzoeken niet veel voorkomen, blijkt uit antwoorden op de vragenlijst dat de wetenschap dat juridische vervolging een mogelijkheid is, een bron van spanning en onzekerheid is voor hulpverleners.³⁷

1.4.2 Omgaan met verlies en stress in een professionele relatie

Dat suïcide van cliënten als verlieservaring stress kan opleveren voor de hulpverlener is eerder besproken. Hierbij zijn de relatie tussen hulpverlener en cliënt en de onverwachtheid van de suïcide van belang als oorzaken van gevoelens van stress. Het woord stress kan gebruikt worden om de oorzaak van klachten aan te geven, maar kan ook het gevolg zijn van spanning. Het woord stress wordt in moderne theorieën dan ook

³⁵ Heyn, de, E. & Pieters, G. & Joos, S. & Gucht, de V. 'Ervaringen van psychiaters in opleiding', 583

³⁶ 'Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en suïcidepogingen met ernstig letsel' *patientenvereniging ggz 2008-2011*. 14.

³⁷ Hendin, H. & Pollinger-Haas, A. & Maltberger, J.T. & Szanto, K. & Rabinowicz, H. *Factors contributing to Therapists' distress after the suicide of a patient* *American journal of Psychiatry* 161(2004) 1443-1444.

wel beschreven als een wisselwerking die plaatsvindt tussen persoon en (werk)omgeving.³⁸

Er zijn verschillende soorten stress op het werk te onderscheiden. Voor het doel van dit onderzoek ligt de focus op emotionele werkstress. Onder emotionele werkstress wordt het volgende verstaan:

*De spanning die ontstaat door de beroepsmatige confrontatie met bepaalde situaties die kunnen uitmonden in stress reacties die kunnen leiden tot burn-out en psychotrauma's.*³⁹

Twee soorten emotionele werkstress kunnen onderscheiden worden: 1. Uitputtende stress die ontstaat na aanhoudende beroepsmatige confrontatie met emotionele situaties. En 2. Traumatische werkstress, die ontstaat door een plotselinge confrontatie met schokkende gebeurtenissen. Suicide wordt vanuit deze definitie door De Mönnik genoemd als een vorm van emotionele-, traumatische werkstress.⁴⁰

Uitputtende en traumatische werkstress kan ook in samenspel voorkomen. Een hulpverlener die onder grotere uitputtende werkstress het werk verricht, is gevoeliger voor de invloed die een traumatische stresssituatie kan hebben. Hierdoor kan de traumatische stresssituatie meer en heftigere stressreacties veroorzaken die kunnen leiden tot een burn-out syndroom⁴¹. Er zijn een aantal risicofactoren die de kans op een burn-out kunnen vergroten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze factoren.⁴²

Tabel 1: Risicofactoren voor een burn-out

| risicofactoren | Uitwendige factoren | Persoonlijke factoren |
|----------------|----------------------------|---|
| | Onderwaardering prestaties | Mislukkingen opvatten als persoonlijk falen |
| | Te hoge of lage werkdruk | Onrealistische verwachtingen |

³⁸ Zimbardo, P.G. & Johnson, R.L. & McCann, V. *Psychologie, een inleiding* (Amsterdam 2009) 176.

³⁹ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 294.

⁴⁰ibidem, 295.

⁴¹ Er zijn twee opvattingen over de kern van burn-out. In de ene stroming wordt burn-out gezien als een uitputtingstoestand bij chronische werkstress. In de tweede opvatting is burn-out een proces. Er is sprake van een zich langzamerhand in ongunstige zin ontwikkelende werkhouding ten opzichte van collega's, klanten etc. Men gaat gaandeweg ook meer en meer twijfelen aan de eigen competentie en uiteindelijk wordt het werk een grote bron van stress. Schmidt A. Overspanning is burnout? Neen! *Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 8 (2000) 205.

⁴² Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 299.

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| | ongevoeligheid voor burn-outsignalen | Overgang in loopbaan |
| | Gebrek aan autonomie | Onvoldoende kennis |
| | Spanningsvol werkklimaat | Onvoldoende vaardigheden |
| | Onvoldoende groeikansen | |

In het geval van een suïcide op het werk wordt aan de volgende risicofactoren voldaan. Er kan gesproken worden van een spanningsvol werkklimaat in de periode na de suïcide, waardoor de werkdruk toeneemt. Dit omdat er, zoals gebleken is uit eerder onderzoek, een verhoogde alertheid is op suïcidaal gedrag en uitingen.⁴³ Daarbij ligt het aan de manier van denken van de hulpverlener en de aard van de zorgrelatie met de cliënt in hoeverre de suïcide wordt opgevat als een persoonlijk falen of de schuld van de hulpverlener. Ditzelfde geldt voor de verwachtingen die de hulpverlener heeft van de zorgrelatie en het effect dat deze zorgrelatie kan hebben.

Onvoldoende kennis en/of vaardigheden van hulpverleners op het gebied van suïcide is een risico factor die verschillende organisatorische oorzaken kan hebben en ook een gevoelsmatige component in zich draagt. Een tekort aan actuele kennis van bijvoorbeeld gesprekstechnieken en handelingsmogelijkheden bij suïcidaliteit kan een gevoel van schuld en falen bij suïcide van een cliënt vergroten en zodoende ook van invloed zijn op andere risicofactoren. Zo kan er ook een verband bestaan tussen onvoldoende kennis en/of vaardigheden en gebrek aan autonomie. Zo kan het gevoel van gebrek aan kennis twijfel veroorzaken over het eigen handelen. Hierdoor kan de hulpverlener het gebrek aan kennis proberen op te vullen door bij verschillende collega's te rade te gaan. Dit kan een spanningverwekkende rolstructuur opleveren doordat er tegenstrijdig advies gegeven kan worden door verschillende mensen.⁴⁴

Er zijn verschillende stressreductiemethoden die de hulpverlener kan inzetten om geen burn-out te krijgen door de stressreacties bij werkstress. Deze methoden worden ook wel hanteringsstijlen genoemd. De drie meest gebruikte hanteringsstijlen zijn de fysieke ontlading door bijvoorbeeld sport, door een emotionele ontlading als huilen en realistisch te denken over de eigen situatie en competenties. Uit het onderzoek van De Mönnik bleek dat hulpverleners die te hoge verwachtingen koesteren zichzelf

⁴³ Hendin, H. & Pollinger-Haas, A. & Maltberger, J.T. & Szanto, K. & Rabinowicz, H. *Factors contributing to Therapists' distress after the suicide of a patient*, 1444.

⁴⁴ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 302.

frustreren. Hulpverleners die verwachtingen naar beneden bijstellen scheppen daarmee ruimte om het gewenste niveau te halen en vanuit daar door te groeien naar hun ideaalbeeld van een goede hulpverlener. Om deze stressreductie methoden goed toe te passen en vol te houden is steun uit de privé- en professionele sfeer zeer behulpzaam.⁴⁵

Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gezocht op de deelvraag hoe het komt dat suïcide als een stressor kan worden gezien. Allereerst is een algemeen beeld gegeven van suïcide in Nederland. Vervolgens is aandacht besteed aan de soort verlieservaring waar suïcide onder valt. Dat suïcide geschaard kan worden onder sociale- en existentiële verlieservaringen verklaart waarom het een grote invloed kan hebben op de hulpverlener. Deze invloed is daarna uiteengezet, waarbij de focus ligt op de professionele gevolgen voor de hulpverlener. Ook is er aandacht geschonken aan de zorgrelatie van de hulpverlener met de cliënt en op welke manier dit de gevolgen van een suïcide kan beïnvloeden. Ten slotte is een aanzet gegeven voor de bespreking van manieren waarop hulpverleners om kunnen gaan met stress in het algemeen en suïcide als specifieke stressor. In het volgende hoofdstuk zullen de verschillende manieren van omgaan met, of 'copen' met, stressvolle situaties verder worden uitgediept. Hierbij zal de focus worden gelegd op suïcide.

⁴⁵ Ibidem, 306.

2. Coping en copingstijlen

Zoals in het vorige hoofdstuk gebleken is, is suïcide een stressor waar de hulpverlener mee om moet gaan. Dit kan op verschillende manieren en is afhankelijk van de hulpverlener, de omgeving en de stresssituatie. Er wordt in dit hoofdstuk een theoretische verdieping gemaakt met betrekking tot het begrip coping. Allereerst een definitie van coping die de leidraad wordt voor het verdere onderzoek naar coping en copingstijlen. Vervolgens worden een aantal copingstijlen onderscheiden.

2.1 Definities van coping

Eén van de grondleggers van het onderzoek naar coping is Richard Lazarus. Hij heeft de basis gelegd voor onderzoek naar coping. Lazarus legt in zijn theorie over coping de nadruk op psychologische processen en de interactie tussen de individuele mens en de omgeving waarin deze leeft. Dit is een verandering ten opzichte van het onderzoek van zijn voorgangers. Stress werd voorafgaand aan het onderzoek van Lazarus gezien als een fysiek en een psychisch effect van gebeurtenissen. Kenmerk daarbij was dat stress iets is wat de mens overkwam, deze had er zelf geen rol in en onderging alleen de gevolgen ervan. Hierdoor kwam de focus van wetenschappelijk onderzoek te liggen op mensen die zichtbaar uit balans waren geraakt door stressoren, mensen met psychopathologie.⁴⁶

Lazarus heeft uit zijn literatuurstudie en grootschalig kwalitatief onderzoek door middel van vragenlijsten en interviews over coping vier fases in het copingsproces gedistilleerd. Hoewel er in verschillende studies verschillende benamingen worden gebruikt, blijft de invulling van de fasen bestaan. 1. Er is altijd sprake van een interne of externe factor die de oorzaak is van de stress, een stressor. 2. Er is sprake van een taxatie van de situatie. Er wordt bepaald wat bedreigend kan zijn voor de individuele mens en wat minder belangrijk is. Deze taxatie heet *appraisal*. Lazarus legt de nadruk op de wisselwerking tussen het individu en de omgeving als mogelijke oorzaak van stress. Stress is hier dus een relationeel begrip. 3. Er worden processen in werking gezet door het lichaam en de geest om met gevoelens van stress om te kunnen gaan. Gevoelens van stress verschijnen wanneer in de *appraisal* blijkt dat een situatie bijvoorbeeld bedreigend, belangrijk of een verlieservaring is. De lichamelijke en geestelijke processen

⁴⁶ Lazarus R.S. 'From Psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks', *Annual Reviews Psychology* 41 (1993) 4.

die in werking treden om te kunnen omgaan met de *appraisal* worden coping processen genoemd. 4. Dit resulteert in een complexe uitwerking op het lichaam en de geest, wat vaak de stressreactie wordt genoemd. De fasen zoals hier beschreven staan niet lineair achter elkaar maar vinden vaak gelijktijdig plaats en beïnvloeden elkaar. Deze beïnvloeding en wisselwerking tussen verschillende fasen maakt copingprocessen complex en per individu verschillend.⁴⁷

De contextuele benadering van stress en coping na stress gaf een nieuwe richting aan onderzoek naar coping. Doordat er in dit nieuwe model meer nadruk wordt gelegd op de interactie met de omgeving, werd stress meer gezien als een proces dat ieder mens doormaakt. Er vond een focusverschuiving plaats van het pathologische karakter dat coping tot dusver had, naar de veronderstelling dat stress en coping altijd aanwezig zijn in een mensenleven. Er kwam hierdoor meer aandacht voor onderzoek naar coping in alledaagse situaties.⁴⁸

De definitie van coping die gebruikt wordt in het onderzoek naar copingstrategieën van hulpverleners in de GGZ na suïcide is de definitie van Lazarus en Folkman:

*Coping refers to cognitive and behavioral efforts to master, reduce or tolerate the internal and/or external demands that are created by the stressful transaction.*⁴⁹

Coping heeft als doel om de negatieve lichamelijke en psychische effecten van stress te verminderen. Coping treedt op na de *appraisal* om de stressreactie te verminderen, of na de stressreactie wanneer blijkt dat de stressreactie niet goed te hanteren valt. Vermindering van lichamelijke en psychische effecten van stress kan bereikt worden doordat de persoon zich aanpast aan de situatie, zodat deze minder stressvol wordt ervaren. Dit kan door de situatie te veranderen of het denken over de situatie te veranderen. Het aanpassen aan de situatie gaat door middel van aanpassingsstrategieën, ook wel copingstijlen genoemd.⁵⁰

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Folkman, S. & Moskowitz, J.T. 'Coping: Pitfalls and Promise', *Osher Center for Integrative Medicine University of California 1* (San Fransisco 2004) 746.

⁴⁹ Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984 in Lazarus R.S. & Launier, R. 'Stress-related transactions between person and environment', 287.

⁵⁰ Stroebe, S. & Schut, H. 'Models of coping with bereavement: A review' in Stroebe, M. S. & Hansson, H.O. & Stroebe, W. & Schut, H. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (Washington 2001) 376.

Hoewel er verschillende reactiemogelijkheden zijn op verlieservaringen en de individuele manier waarop er met verlies wordt omgegaan niet in een model is vast te leggen, lijken er algemene processen herkenbaar te zijn in het omgaan met verlieservaringen. De Mönnik deed kwalitatief en kwantitatief onderzoek onder mensen met verlieservaringen en onder andere rouwtherapeuten en hun cliënten. Vanuit de resultaten van deze onderzoeken en de documentatie van zijn eigen begeleidingstrajecten bij mensen met gecompliceerde rouw maakte hij een globaal onderscheid in drie fases met betrekking tot het proces van het omgaan met verlieservaringen.⁵¹

Er zijn de volgende drie fases in reacties te onderscheiden. 1. Reacties die gericht zijn op het bewust worden van- en het aanvaarden van het verlies. Dit wordt ook wel verliesgerichte coping genoemd. Bij deze vorm van coping richt de aandacht zich op de verlies ervaring zelf en op de relatie met wie of wat verloren is gegaan. Hierbij kun je denken aan de gevoelens die er waren of de activiteiten die samen gedaan werden. 2. Na de realisatie dat het verlorene niet terug komt en het besef na de verlieservaring zelf verder te moeten volgen reacties die gericht zijn op het afscheid nemen van het oude. De relatie met het verlorene is eerder onder ogen gekomen en moet worden afgesloten. 3. Reacties die gericht zijn op het opbouwen van een nieuwe werkelijkheid na verlies volgen wanneer er afscheid is genomen en ruimte is ontstaan. Dit wordt ook wel herstelgerichte coping genoemd. Deze vorm van coping richt zich op het, in een andere vorm, herstellen van wat verloren is gegaan door nieuwe richting te geven aan het leven en bijvoorbeeld de taken van de overledene over te nemen.⁵²

De Mönnik maakt onderscheid tussen vier vormen van verlies en traumaverwerking, dit is onderstaande tabel schematisch weergegeven. Één kwadrant bevat 'Geen Trauma' en 'Geen Verlies', dit kwadrant geeft het mooie of gelukkige leven weer. Dit betekent niet dat mensen nooit verlies of trauma hebben ervaren, maar dat ze in hun dagelijks leven geen gevolgen (meer) aan dit verlies of trauma ondervinden. In het voor vak 'Alleen Verlies'. Dit vak geeft verlieservaringen zonder traumatische gevolgen weer. Binnen deze verlieservaringen kan het overlijden van een dierbare op leeftijd vallen of bijvoorbeeld een overgang in levensfasen waar een persoon verlies ervaart. Deze verliezen zijn vaak geanticiperde verliezen die bij het leven horen en

⁵¹ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, voorwoord.

⁵²Stroebe, S. & Schut, H. 'Meaning making in the dual process model of coping with bereavement' *Meaning Reconstruction & the experience of loss*, *American Psychological Association* 55 (Washington 2002) 55.

waar je je geestelijk op kunt voorbereiden. Het kwadrant ‘Trauma Zonder Verlies’ gaat over ervaringen die schokkend of aangrijpend zijn voor een persoon. Bij traumatische ervaringen kunnen vaak De Mönnik’s drie V’s geïdentificeerd worden. Deze V’s zijn: Vermijden, Veelvuldig Herbeleven en Verhoogde Waakzaamheid. Een trauma gaat niet altijd gepaard met een verlieservaring. Een voorbeeld hiervan is het meemaken van een auto-ongeluk waar je niets behalve schrik aan overhoudt. In het kwadrant ‘Traumatisch Verlies’ is zowel sprake van gemis van een dierbare of een geliefd voorwerp en is de manier waarop dat verlies zich voordoet traumatisch. Vaak gaat het bij traumatisch verlies om onverwachte of gewelddadige verliezen zoals suïcide, een dodelijk auto-ongeluk of (gewelddadig) overvallen worden.⁵³ Verlieservaringen uit het kwadrant ‘alleen verlies’ zijn dus vaak overgangsverliezen, terwijl verlieservaringen uit het kwadrant ‘traumatisch verlies’ vaak incidentele verliezen zijn.

Tabel 2: Verlies & Trauma matrix De Mönnik

| | Geen Verlies | Wel Verlies |
|--------------------|---|--|
| Geen Trauma | Routine/ Gelukkig leven? | Verliesreacties: <ul style="list-style-type: none"> • Bewustwording • Afscheid • Opbouwen |
| Wel Trauma | Traumareacties, de 3 V’s: <ul style="list-style-type: none"> • Vermijding • Veelvuldige herbeleving • Verhoogde waakzaamheid | Traumatisch verlies: <p>zowel gemis als trauma, afwisselend aandacht voor verliesverwerking en voor traumaverwerking.</p> |

Bij traumatische verliezen, zoals een suïcide, kunnen er volgens De Mönnik nog drie andere categorieën van verliesverwerking geïdentificeerd worden; 1. Veelvuldige herbeleving. 2. Vermijding van soortgelijke situaties of situaties die de persoon doen denken aan het gebeurde. 3. Verhoogde waakzaamheid om herhaling te voorkomen. Het geheel van deze reacties wordt ook wel verliescoping genoemd. Deze categorieën gelden

⁵³ <https://transactioneleanalyse.files.wordpress.com/2014/03/interview-herman-de-monnink.pdf> 11-06-2016.

zowel voor nabestaanden als voor hulpverleners die geconfronteerd worden met een suïcide geval en zijn manieren om het verlies beheersbaar te houden.⁵⁴

In Lazarus's fasesmodel over coping valt verliescoping onder stap drie. Verliescoping is één van de copingsprocessen die nadat iemand betekenis toegekend heeft aan de stressor de *appraisal* van de situatie, plaats kan vinden. Ook kan verliescoping worden geplaatst in de categorie verliesgerichte coping van De Mönnik zelf. Met vermijding, veelvuldige herbeleving en verhoogde waakzaamheid wordt volgens De Mönnik niet onderkend wat het persoonlijk gevolg van het verlies dat geleden is zal hebben op het leven van de individu. Pas als de invloed van het verlies door suïcide onderkend wordt kan de hulpverlener zich richten op de herstel gerichte coping die door De Mönnik wordt beschreven als volgend na verlies gerichte coping.⁵⁵

De definitie van coping: *Coping refers to cognitive and behavioral efforts to master, reduce or tolerate the internal and/or external demands that are created by the stressful transaction.*⁵⁶ geeft in combinatie met de theorie van verliescoping door De Mönnik een bruikbaar uitgangspunt voor het huidige onderzoek. Het uitgangspunt is bruikbaar omdat ze beide uitgaan van interne en externe eisen die aan een hulpverlener gesteld worden in een stressvolle situatie en de uitwerkingen die dat heeft op het functioneren van de hulpverlener in zijn of haar professie.

De stressvolle situatie die centraal staat in dit onderzoek is suïcide. Coping is dan de manier waarop er met de suïcide omgegaan wordt, zowel in geestelijk opzicht als in gedrag. Een hulpverlener in de GGZ opereert niet alleen en maakt onderdeel uit van een team en een organisatie. De verwachting is dan ook dat in dit onderzoek impliciete en expliciete normen over coping na een suïcide opgespoord worden.

2.2 *Approach* oriënted en *avoidance* oriënted coping

Het meest basale onderscheid in copingstijlen kan gemaakt worden tussen *approach* oriënted en *avoidance* oriënted coping. *Approach* oriënted coping is gericht op de benadering van de stressor en *avoidance* oriënted coping is gericht op vermijding van de stressor. Deze beweging naar of vermijding van de stressor gebeurt op cognitief-emotioneel niveau. Omdat coping op cognitief-emotioneel niveau plaatsvindt kan de

⁵⁴ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 68.

⁵⁵ Ibidem, 55.

⁵⁶ Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984 in Lazarus R.S. & Launier, R. 'Stress-related transactions between person and environment', 287.

manier waarop een bewuste keuze kan zijn. Een keuze echter die soms overstemd kan worden door emotie.⁵⁷

De meest uitgewerkte theorie over *approach* en *avoidance* georiënteerde coping is de theorie van Horowitz. Hij stelt dat het brein stressfactoren niet in zijn geheel binnen laat komen omdat dat verlamdend kan werken maar er wel steeds een bepaalde druk van binnenuit wordt gegeven door de stressor waar het brein mee moet omgaan. In eerste instantie vindt dan ook vaak een bepaalde mate van *avoidance* plaats om het geestelijke systeem niet te overbelasten. Vervolgens maakt dit plaats voor meer *approach* gerichte vormen van coping, die helpen om de realiteit onder ogen te zien en met deze realiteit om te kunnen gaan.⁵⁸

Het hangt overigens sterk van de persoonlijkheid van het individu af of de verschuiving van *avoidance* naar *approach* coping plaatsvindt. Mensen met neurotische karaktertrekken zullen bijvoorbeeld sneller *avoidance* coping gebruiken omdat stressoren sneller worden opgevat als bedreigend en er minder goede aangeleerde *approach* gerichte copingstijlen zijn om deze bedreiging als minder bedreigend te ervaren.⁵⁹ Mensen die van nature voorzichtig zijn hebben daarentegen minder stress te verwerken. Dit kan komen doordat ze in hun dagelijks leven meer bewust zijn van risico's en geen spontane situaties opzoeken die stress kunnen veroorzaken. Ook extravertie en openheid worden gezien als persoonlijkheidstrekken die stress verminderen, omdat extraverte mensen moeilijke situaties eerder als een uitdaging beschouwen dan als situatie die mogelijk stress oplevert. Hierdoor laten deze groepen mensen eerder *approach* gerichte coping zien dan *avoidance* gerichte coping, ze hebben het gevoel dat de situatie naar hun hand te zetten is, waardoor een actieve houding gestimuleerd wordt.⁶⁰

Als *avoidance* gerichte coping de dominante coping stijl is, kan er meestal nog een tweede geïdentificeerd worden. Horowitz geeft hiervoor twee redenen. Wanneer alleen *avoidance* gerichte coping plaatsvindt kan het individu niet leren en groeien van de situatie. Het brein kan dan niet door de stress situatie heen werken en er vindt geen afronding van de stress plaats. De tweede reden hangt hiermee samen. Als er geen

⁵⁷ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', *The American Psychological Association* 41 (1986) 813.

⁵⁸ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', 814.

⁵⁹ Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', *The annual review of Psychology* 61 (2010) 678.

⁶⁰ Penley, T.A. & Tomoka, J. & Wiebe, J.S. 'The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review' *Journal of behavioral medicine* 25 (2002) 594.

afronding plaats vindt kan het brein geen rust vinden. Het is (gedeeltelijk) een onbewust proces, iets dat het brein "uit zichzelf" lijkt te doen. Dat er onbewuste processen plaatsvinden blijkt ook uit het feit dat er iets gebeurt als het actief bewustzijn van iemand minder is tijdens de slaap. Dit heeft tot gevolg dat het met de stresssituatie bezig blijft en dit uit op momenten dat er verminderde controle is. Dit kan zich uiten in bijvoorbeeld nachtmerries en spanning in het lichaam.⁶¹

Het effect van de coping stijl hangt ook af van de individuele voorkeur. Uit onderzoek van Miller en Mangan blijkt dat coping het meest effect heeft wanneer de coping stijl die in een situatie gevraagd of geëist wordt, overeenkomt met de coping stijl die de voorkeur heeft van het individu. Zo levert moeten wachten op een uitslag voor iemand met een *approach* gerichte coping stijl meer stress op dan voor iemand met een *avoidance* gerichte coping stijl.⁶² Dit is ook terug te zien in het onderzoek van Carver en Connor-Smith, ze geven kort weer hoe copingstijlen en persoonlijkheid elkaar in de hand kunnen werken, maar ook extra stress kunnen opleveren. Mensen met een extraverte en optimistische persoonlijkheid bleken meer moeite te hebben met situaties die een afwachtende houding vereisen dan mensen met een introverte persoonlijkheid.

Doordat *approach* en *avoidance* gerichte coping bewegingen van en naar stressoren aangeven, kunnen de hanteringsstijlen van De Mönnik in deze categorieën copingstijlen worden gepast. Fysieke ontlading door bijvoorbeeld fysieke activiteiten kan onder *avoidance* coping worden geplaatst omdat een fysieke handeling voor een geestelijke stressor een beweging van de stressor af laat zien. Emotionele ontloadingen kunnen daarentegen onder *approach* gerichte coping worden geplaatst omdat met emotionele ontlading door de gevoelens die de stressor oproept heen gewerkt wordt. Realistisch denken over de eigen situatie en competenties, kan een manier zijn om de invloed van de stressor te verkleinen en de stressor minder belangrijk te maken.⁶³ 'Realistisch denken' in dit opzicht kan dan geschaard worden onder probleem gerichte coping. Daarnaast kan realistisch denken ook een manier zijn om de emoties die de stressor veroorzaakt onder ogen te komen. Door emoties die worden opgeroepen door de stressor in perspectief te zien kan dit juist een mogelijkheid bieden om er mee om te

⁶¹ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', 815.

⁶² Miller, S. & Mangan, C. E. 'Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: When should the doctor tell all?' *Journal of Personality and Social Psychology* 45 (1983) 229.

⁶³ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 306.

kunnen gaan.⁶⁴ Daarmee zou realistisch denken ook onder emoties gerichte coping kunnen vallen. Zowel bij probleem- als emotiegerichte coping wordt er een actie verondersteld van het individu naar de stressor, of deze nu direct gericht is op de stressor of op de emoties die de stressor veroorzaakt. Daarmee valt realistisch denken onder *approach* gerichte coping .

Approach stijlen kunnen zorgen dat er op een gecontroleerde manier omgegaan kan worden met stress. Een situatie is beter beheersbaar als er actieve coping plaatsvindt. Daarnaast wordt bij actieve coping nieuwe handelings- of perceptiemogelijkheden ook sneller ontdekt. Bovendien vindt bij het gebruik van *approach* strategieën een betere communicatie (in gesprek gaan over) en ventilatie (verhaal kwijt kunnen) van de stress plaats, waardoor de stress uiteindelijk verlicht wordt. Het gevoel de situatie onder controle te hebben zorgt er daarnaast voor dat emoties die eventueel loskomen beter in de hand te houden zijn. Dit gevoel van controle draagt bij aan een beter psychisch evenwicht en minder lichamelijke klachten ten gevolge van stressvolle situaties.⁶⁵

Avoidance stijlen kunnen daarentegen ook helpen om stress te verminderen zodat gevoelens die gepaard gaan met stress niet de overhand hoeven te nemen. Iemand met een vermijdingsgerichte copingstijl kan zelfstandig stress verbannen door bijvoorbeeld aan andere dingen te denken of afleiding te zoeken in fysieke activiteiten. Dit werkt goed bij schokkende, kortdurende situaties waar geen ruimte is voor het verlamme effect dat instantie kan hebben.⁶⁶ Hier gaat het dan voornamelijk om situaties waar op dat moment stress in eerste geen invloed op uitgeoefend kan worden en waar actieve afwegingen van mogelijke uitkomsten stress verhogend werken. Een voorbeeld hiervan is het wachten op een testuitslag om vast te stellen of iemand borstkanker heeft.⁶⁷

2.3 Probleem- en emotie gerichte coping

Een onderscheid dat gemaakt kan worden in copingstijlen is het onderscheid tussen probleem- en emotie gerichte coping. Probleemgerichte coping richt zich op de stressor

⁶⁴ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 307.

⁶⁵ Taylor, S. E., & Stanton, A. L. 'Coping resources, coping processes, and mental health'. *Annual Review of Clinical Psychology* 3 (2007) 377.

⁶⁶ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', 813.

⁶⁷ Suls & Fletchers (1985) in Taylor, S. E., & Stanton, A. L. 'Coping resources, coping processes, and mental health', 383.

zelf. Er wordt actie ondernomen om de stressor te verwijderen of te ontwijken. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt de impact van de stressor verkleint. Een voorbeeld hiervan is een werknemer die gaat solliciteren, sparen en een extra cursus doet wanneer hij hoort dat er een ontslagronde bij zijn bedrijf aankomt.⁶⁸ Emotiegerichte coping focust op het tot een minimum beperken van stress die de stressor veroorzaakt heeft. Hier ligt de nadruk op de gevolgen van de stressor. Omdat er veel manieren zijn waarop stress verminderd kan worden, kan emotiegerichte coping variëren van bijvoorbeeld huilen tot sporten en van het zoeken van steun tot het luisteren naar muziek zonder gezelschap.

De fysieke en emotionele hanteringstijlen van De Mönnik zouden geschaard kunnen worden onder de emotiegerichte copingstijl. Het valt hieronder omdat beide hanteringstijlen het doel hebben om de stress die de stressor veroorzaakt zo klein mogelijk te houden door fysieke en emotionele ontlading te zoeken.

Realistisch nadenken over de eigen situatie en competenties kan, daarentegen, geschaard worden onder probleemgerichte coping omdat het gericht is op het verkleinen van de betekenis van de stressor en het versterken van het vertrouwen in het eigen kunnen.

Probleem- en emotiegerichte coping kunnen elkaar ook in de hand werken. Effectieve probleemgerichte coping verkleint de dreiging van de stressor en daarmee ook de stress die het zou kunnen opleveren. Emotiegerichte coping verkleint de stress, waardoor 'het probleem' wellicht kalmer bekeken kan worden en tot betere probleemgerichte coping kan leiden.⁶⁹

Aan gedrag is niet altijd te zien of het om probleem- of emotiegerichte coping gaat. Zo kan het zoeken van steun emotiegerichte coping zijn als het gaat om het verkrijgen van emotionele steun, maar het kan ook probleemgerichte coping zijn wanneer het doel van de steun, het verkrijgen van informatie of praktische hulp is. Het doel van gedrag bepaalt welke functie de copingstijl heeft en daarmee of het om probleem- of emotiegerichte coping gaat.⁷⁰ Het doel van de copingstijl zegt daarbij niet

⁶⁸ Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', 685.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', 685, Lazarus R.S. 'From Psychological stress to the emotions', 19.

direct iets over de gevolgen van de copingstijl. De gevolgen van de copingstijl zijn afhankelijk van het individu en de gegeven situatie.⁷¹

Doordat er in de praktijk tijdens observaties moeilijk onderscheid gemaakt kan worden tussen probleem- en emotie gerichte coping en ze vaak beide te herkennen zijn in de omgang met stress wordt het onderscheid tussen probleem- en emotie gerichte coping voornamelijk gebruikt om theoretische parameters tegen elkaar uit te zetten. Het verschil tussen probleem- en emotie gerichte coping is daarmee meer een academisch, dan een praktisch verschil.⁷²

Toch is het van belang om onderscheid te maken tussen probleem en emotie gerichte copingstijlen. De copingstijl zegt iets over de intenties en daarmee over de persoonlijkheid van het individu. Er kan een correlatie of een differentiatie plaatsvinden tussen de persoonlijkheid en de copingstijl. Wanneer een extraverte,- en sociale persoonlijkheid bijvoorbeeld alleen probleemgerichte coping laat zien en dit als een vorm van *avoidance* coping gaat werken, kan dit duiden op een emotioneel trauma waardoor emoties niet meer gedeeld kunnen of durven te worden.⁷³ Deze observaties zouden dan onder de aandacht gebracht kunnen worden in de nazorg.

2.4 *Meaning making* en coping

Een belangrijke factor in het omgaan met stress is de betekenis die aan de stressor en de stress gegeven wordt. Het gaat om de betekenis die de stress heeft voor het waardensysteem van de mens. Dit heeft dus te maken met de *appraisal*, maar is niet hetzelfde. Waar *appraisal* de taxatie is van in welke mate een situatie bedreiging, verlies of invloed teweeg brengt, gaat het bij de betekenisgeving om de doorwerking daarvan op het persoonlijk waardensysteem. *Appraisal* kan daarom worden gezien als een indicatie voor de mate waarin waarden beïnvloed kunnen worden door de stressor.⁷⁴

Twee vormen van betekenis zijn te onderscheiden. Ten eerste de *global meaning*: Deze vorm van betekenisgeving refereert aan de grote persoonlijke overtuigingen, doelen en de zin van het leven. Dit zijn de waarden en de normen die ten grondslag liggen aan het

⁷¹ Skinner, E.A. & Edge, K. & Altman, J. & Sherwood, H. 'Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping', *American Psychology Association* 56 (2003) 226.

⁷² Ibidem 227.

⁷³ Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', 685

⁷⁴ Park, C.L. 'Meaning, Coping and Health and Well-Being' in Folkman, S. & Nathan, P.E. *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (Oxford 2010) 4.

denken en het handelen van de mens. Het zijn de structuren waarmee mensen zichzelf en hun omgeving waarnemen en verbindingen maken tussen zichzelf en de omgeving. Ook de zelf ervaren coherentie tussen verleden, heden en toekomst van een mensenleven valt onder deze categorie van betekenis.⁷⁵ Ten tweede is er situationele betekenis: Dit gaat over betekenis in een specifieke situatie, dit wordt ook wel *appraisal* genoemd. De waarden en normen uit de *global meaning* worden gelinkt aan de specifieke gebeurtenis zoals deze plaatsvindt.

Coping met stress zorgt dus voor een interactie tussen beide niveau's van betekenis. In een stresssituatie zijn er altijd factoren die specifiek zijn voor die situatie en een beroep doen op *appraisal*. Er wordt bewust en onbewust een afweging gemaakt tussen verschillende belangen (economisch, psychologisch, sociaal) die het individu heeft in een stresssituatie. Daarbij heeft diezelfde stresssituatie invloed op de grote overtuigingen over het leven die iemand heeft, ofwel de *global meaning*.

Stress wordt volgens Folkman gevoeld wanneer de *appraisal* niet overeen komt met de grote waarderingssystemen.⁷⁶ Wanneer een hulpverlener een suïcide van een cliënt mee maakt kan dit de overtuigingen dat de wereld veilig en controleerbaar is schaden. De suïcide kan er ook voor zorgen dat er discrepantie ontstaat met de doelen van de hulpverlener om zorgrelaties aan te gaan met cliënten en altijd zorg te bieden, hoe moeilijk de situatie ook is. Na suïcide kan de zorgrelatie niet meer voortgezet worden en kan het doel van zorg bieden niet meer verwezenlijkt worden. Deze en andere discrepanties zullen naar verwachting de coping mechanismes bij hulpverleners in werking stellen na een suïcidegeval op het werk. Hiermee komt suïcide als existentieel verlies voor hulpverleners om de hoek kijken. Omdat suïcide waarden van hulpverleners in het werk uit balans kan brengen en het vertrouwen in het professioneel handelen kan doet wankelen komen *global meaning* en *appraisal* op gespannen voet te staan en kan er existentieel verlies worden geleden.

Meaning making coping is gericht op het verkleinen en wegnemen van de discrepantie tussen de *global meaning* en de *appraisal*, waarna ook het existentieel verlies minder wordt. De verkleining van de discrepantie tussen *global meaning* en *appraisal* kan gebeuren door de betekenis van de stresssituatie te veranderen of door

⁷⁵ Park, C.L. 'Meaning, Coping and Health and Well-Being' in Folkman, S. & Nathan, P.E. *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (Oxford 2010) 5.

⁷⁶ Ibidem, 4.

het betekenisstelsel van waarden en normen aan te passen.⁷⁷ In het geval van suïcide kan de hulpverlener proberen om de *appraisal* van de suïcide te verkleinen door bijvoorbeeld de overledene slechte eigenschappen toe te schrijven en de suïcide als een gevolg van die slechte eigenschappen te zien om de suïcide zo minder bedreigend te maken. Dit wordt ook wel *assimilatie* genoemd. Daarnaast kan de hulpverlener de *global meaning* aanpassen en bijvoorbeeld suïcide als een uitweg uit een leven van lijden zien in plaats van een ongeluk of een falen van de hulpverlening. Het aanpassen van de *global meaning* heet *accommodatie*.⁷⁸ *Meaning making coping* is een *approach* georiënteerde coping stijl. Er wordt naar de bron van de stress toe bewogen om de stress op te heffen.

Het vergelijken van de eigen situatie met een situatie van iemand anders wordt ook genoemd als een vorm van *meaning making coping*. Vergelijkingen tussen de eigen situatie en een situatie van iemand anders is *meaning making coping* omdat het te maken heeft met sociale overkoepelende normen en de *global meaning*. Deze vergelijking wordt vaak gemaakt tussen mensen die er in de ogen van de ander 'slechter' aan toe zijn of onder moeilijke omstandigheden zich toch 'goed' lijken te redden.⁷⁹ Dit is een vorm van *meaning making coping* die hulpverleners gebruiken na schokkende gebeurtenissen volgens Sharon Foley en Brendan Kelly in hun onderzoek naar de gevolgen en coping van psychiaters na suïcide door hun patiënten.⁸⁰ Uitspraken als "ik vond dat ik er tegen moest kunnen, mijn collega's kunnen dat toch ook⁸¹?" en "Het hoort bij het vak, we doen het allemaal zo⁸²" zijn indicaties van vergelijkende *meaning making coping*.

2.4.1 Religieuze coping

Een speciale vorm van *meaning making coping* is religieuze coping. Mensen gebruiken existentiële overtuigingen en religie ten behoeve van de noodzaak om het wereldbeeld of het persoonlijk beeld van de werkelijkheid, vorm te geven in stressvolle situaties. Er vallen volgens Pargament globaal drie soorten religieuze coping te identificeren. Als

⁷⁷ Ibidem, 5.

⁷⁸ Zimbardo, P.G. & Johnson, R.L. & McCann, V. *Psychologie, een inleiding*, 264.

⁷⁹ Ibidem, 6.

⁸⁰ Foley, S.R. & Kelly, B.D. 'When a patient dies by suicide', 136.

⁸¹ Jansen, R. 'Heftige gebeurtenissen op het werk, ik vond dat ik ertegen moest kunnen', *Nursing traumatische ervaring* 15 (2016) 17.

⁸² Ibidem, 18.

eerste valt een vorm van religieuze coping te herkennen die zich focust op de eigen verantwoordelijkheid van het individu. God geeft mensen mogelijkheden en het is aan hen om daar iets mee te doen. Dit is de 'zelf-directieve' copingstijl. Als tweede identificeert Pargament een religieuze copingstijl die de verantwoordelijkheid voor het leven geheel bij God legt. De mens wacht af tot God openbaart wat de oplossing van het probleem zal zijn. Dit wordt ook wel de 'overdragende' copingstijl genoemd. Ten slotte noemt Pargament de collaboratieve copingstijl. Bij deze stijl wordt de verantwoordelijkheid voor het leven gedeeld door God en mens en werken ze beide aan de oplossing van problemen. Het hangt van de religieuze stroming af welke van de drie religieuze copingstijlen de voorkeur heeft, al zijn er ook nog individuele verschillen binnen stromingen.⁸³

Religie en levensbeschouwing geeft bij uitstek een betekenisstelsel waarin handvaten worden gegeven om te kunnen omgaan met moeilijke situaties.⁸⁴ Zo kan het individu putten uit een wereldbeeld of levensbeschouwelijk kader dat betekenisgeving aanreikt voor de situatie, zodat de mens zich kan plaatsen in het geheel. Dit gebeurt vaak door verhalen, mythen, legendes en sagen die mensen beschrijven die met soortgelijke situaties in aanraking komen. Deze verhalen nodigen uit tot rolovername: mensen verplaatsen zich in de hoofdpersonen uit de verhalen. De rolovername leidt idealiter tot nieuwe perspectieven in de situatie waarin ze zich nu bevinden en levert het gevoel op niet alleen te zijn in het lijden.⁸⁵

Een levensbeschouwelijk- of religieus waardesysteem kan helpen om totale ontredning te voorkomen. Het waardesysteem dat met het wereldbeeld verbonden is kan zodanig zijn dat levensmoeilijkheden waarden aantasten, maar andere waarden dichterbij brengen. Hierbij kan gedacht worden aan het belang dat gehecht wordt aan lijden, omdat het je meer zou richten op het goddelijke. Of de troost dat God "je gezien" heeft en vond dat jij de moeilijkheden aan zou kunnen in je leven, zodat een ander de last van de moeilijkheden niet hoeft te dragen.⁸⁶ Het verschil met andere vormen van betekenisgeving is dat in dit geval niet de mens betekenis geeft, maar God dit doet. De betekenis van de situatie wordt als het ware uit handen gegeven en mensen vertrouwen

⁸³ Pargament, K.L. *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. (New York 1997) 21.

⁸⁴ Alma, H. & Pieper, J. & Uden, van, M. "when I find myself in times of trouble" Pargament's religious coping scales in The Netherlands', *Archive for the Psychology of Religion* 24 (2002)67.

⁸⁵ Lans, van, der, J. 'Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen' *KSGV* 74 (Tilburg 2006) 87.

⁸⁶ Muthert, H. 'Ruimte voor verlies, Geestelijke verzorging in de psychiatrie', *KSGV* 80 (Tilburg 2012) 31.

er op dat Hij het goed gezien heeft.⁸⁷ Het vinden van nieuwe krachtbronnen voorkomt dat de persoon geheel uit balans gebracht wordt.⁸⁸

Een waardesysteem kan ook helpen om een gevoel van controle te behouden. Door vertrouwen te uiten in iets wat buiten het zelf ligt en groter is dan de mens, kan er een vertrouwen in de situatie volgehouden worden. Er kan daardoor een gevoel van verbondenheid en solidariteit ontstaan met anderen die een zelfde levensbeschouwelijke- of religieuze overtuiging aanhangen. Solidariteit helpt om te delen in de moeilijke situaties en de gevoelens die daarmee gepaard gaan. Religieuze ervaringen of het participeren in rituelen helpen bij het ontwikkelen van een grondhouding van verbondenheid en vertrouwen.⁸⁹ Deze grondhouding van vertrouwen en verbondenheid vormt de basis voor een constructieve interactie met de werkelijkheid. De interactie met de werkelijkheid kan maken dat de stresssituatie makkelijker te verwerken valt en het een plek kan krijgen in het leven van het individu. Het wordt opgenomen in het levensverhaal van het individu, zodat het afgerond kan worden maar toch bespreekbaar blijft. Zo kan religieuze coping een nieuw evenwicht brengen na stressvolle gebeurtenissen.⁹⁰

Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de deelvraag welke verschillende copingstijlen hulpverleners kunnen gebruiken na suïcide. Er zijn een aantal verschillende copingtheorieën besproken die elk andere benamingen geven aan de inhoud van de fases die zich voltrekken in een stressproces. Onderstaand schema is een weergave van de in het voorgaande besproken processen, hantering- en copingstijlen en stressreacties en hoe deze met elkaar in verband staan.

Het uitgangspunt van het schema zijn de vier fasen die Lazarus ontdekte in het stressproces. Allereerst is er sprake van een stressor van buitenaf. Vervolgens wordt er een afweging gemaakt over het belang van de stressor, de invloed van de stressor op het leven van het individu en de manier waarop de stressor ervaren wordt tijdens de *appraisal*. Vervolgens vindt onbewust een eerste copingstijl plaats die effect zal hebben

⁸⁷ Paragament, K.L. *The psychology of religion and coping*, 23.

⁸⁸ Folkman, S. & Moskowitz, J.T. 'Coping: Pitfalls and Promise', 760.

⁸⁹ Lans, van, der, J. 'Religie ervaren'. 87-88.

⁹⁰ Idem.

op de lichamelijke en geestelijke stressreactie. Wanneer deze copingstijl afdoende blijkt om de stressreactie hanteerbaar te houden kunnen de fasen lineair worden doorlopen. Vaak blijkt echter dat er een afwisseling plaatsvindt tussen de coping fase en de stressreactiefase, waarin er meer of minder bewust verschillende copingstijlen worden uitgetoetst om de stressreactie hanteerbaar te krijgen.

De *appraisal* fase in het stressreactieschema van Lazarus is het eerste moment waarin meaning making coping speelt. Meaning making coping is een proces waarin (on)bewust wordt afgewogen in welke mate de stressor en de lichamelijke en psychische gevolgen die de stressor met zich meebrengt in het wereldbeeld van het individu passen. Hoe meer de stressor en de psychische en lichamelijke gevolgen die de stressor met zich meebrengt in het wereldbeeld van het individu past, hoe meer de stressor als uitdaging ervaren zal worden en niet als bedreiging, verlies, of iets dat schade toe kan brengen. De hanteringsstijl van het realistisch denken over de situatie past ook in de *appraisal* fase. Realistisch nadenken is een vorm van *re-appraisal* omdat realistisch denken inzet op het heroverwegen van de waarde van de stressor en/of het onder ogen zien van krachtbronnen om met deze stressor om te kunnen gaan waardoor copingstijlen effectief kunnen worden ingezet en de stressreactie minder wordt.

In de copingfase van Lazarus in het schema spelen de drie fases die De Mönnik omschrijft in het omgaan met verlies.⁹¹ Ten eerste vindt de fase plaats die zich richt op het zich realiseren van het verlies. Dit kan *avoidance* gericht zijn door niet om te gaan met het verlies en te doen alsof het niet bestaat. Deze *avoidance* gerichte coping kan zich uiten in een fysieke hanteringsstijl die De Mönnik beschrijft.⁹² Afleiding zoeken van de stressor of de emoties die de stressor oproept door fysieke ontlading zijn probleem- en emotiegerichte uitingen van deze hanteringsstijl. Ook kan de realisatie van het verlies probleem gericht zijn als de aandacht zich focust op het verlies zelf. Wanneer de realisatie zich vooral richt op emoties die spelen bij een verlieservaring, zoals bijvoorbeeld gemis, kan er sprake zijn van emotiegerichte verliescoping.

Na verliesgerichte coping begint vervolgens de fase van het aanvaarden van het verlies en afscheid nemen. Deze fase kan plaatsvinden als fase van verliesgerichte coping voldoende doorlopen is, wat betekent dat *avoidance* gerichte verliescoping niet

⁹¹ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 44.

⁹²Ibidem, 306.

tot de fase van aanvaarding leidt.⁹³ Aanvaarding van het verlies kan probleemgericht zijn wanneer de focus ligt op de gebeurtenis zelf en emotiegericht wanneer emoties betrokken bij het verlies aanvaart worden.⁹⁴

Ten slotte breekt de fase van herstel en opbouwen van relaties aan. Herstel en opbouw van relaties is door fysieke en psychische handelingen als bijvoorbeeld nieuwe activiteiten ondernemen of nieuwe mensen leren kennen *approach* gericht. Herstel kan probleem gericht zijn wanneer hetgeen dat verloren is vervangen wordt. Herstel kan ook emotie gericht zijn als gevoelens die het verlies met zich meebrengt worden hersteld in hun vorm voor het verlies of een manier van omgaan met deze gevoelens wordt gevonden. Opbouwen van relaties is bijna altijd emotiegericht, omdat het opbouwen van een relatie met een ander inzet op gevoelens en emoties die voor elkaar gevoelt worden. Deze fases vinden plaats wanneer er sprake is van een verlieservaring waar geen traumatische ervaring geleden is.

Wanneer er naast verlies ook sprake is van trauma spelen niet alleen de drie fasen van verlies. Bij trauma's vindt er veelvuldige herbeleving, verhoogde waakzaamheid en vermijding plaats.⁹⁵ Suïcide van een cliënt is een verlies ervaring voor hulpverleners en wordt in sommige gevallen als traumatisch ervaren. Dit betekent dat naast de drie fasen van verlies ook de 3 V's van vermijding, veelvuldige herbeleving en verhoogde waakzaamheid kunnen spelen bij hulpverleners die cliënten hebben verloren aan suïcide.

Religieuze coping lijkt te werken op een zelfde wijze als niet religieuze coping, met het onderscheid dat er gebruik wordt gemaakt van een religieus betekenisstelsel. De 'zelf-directieve' copingstijl waar de mens eigen verantwoordelijkheid heeft gekregen van God, kan gelinkt worden aan een *approach* gerichte copingstijl waar het individu ook naar de stressor toe beweegt en zelf manieren zoekt om met de stressor om te gaan. Als tweede identificeert Pargament een religieuze copingstijl die de verantwoordelijkheid voor het leven geheel bij God legt. De mens trekt zich terug en wacht af tot God openbaart wat de oplossing van het probleem zal zijn. Dit wordt ook wel de 'overdragende' copingstijl genoemd.⁹⁶ De 'overdragende' copingstijl kan gelinkt

⁹³ Mönnik, de, H. *Verlieskunde*, 44,45.

⁹⁴ Ibidem, 73.

⁹⁵ <https://transactioneleanalyse.files.wordpress.com/2014/03/interview-herman-de-monnink.pdf> 11-06-2016.

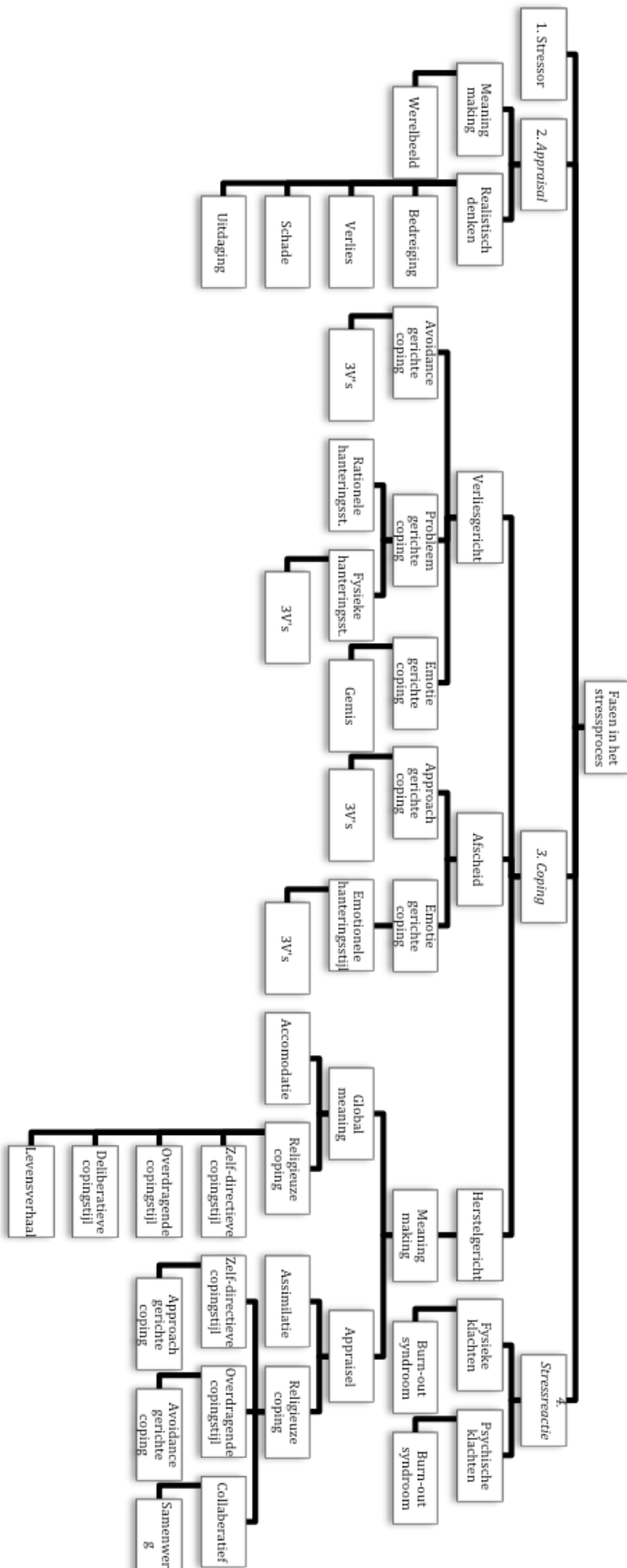
⁹⁶ Alma, H. & Pieper, J. & Uden, van, M. "when I find myself in times of trouble' Pargament's religious coping scales in The Netherlands', 64.

worden aan *avoidance* gerichte coping, waar het individu zich terugtrekt van de fysieke en psychische invloed van de stressor. Ten slotte noemt Pargament de collaboratieve copingstijl, waar samengewerkt wordt met God om de fysieke en psychische effecten van de stressor te verminderen.⁹⁷ De collaboratieve copingstijl zou daarom ook gelinkt kunnen worden aan een *approach* gerichte copingstijl waar de nadruk licht op probleemgerichte coping.

Het onderstaande schema is een visuele weergave van de verhoudingen van de verschillende coping theorieën die in het hoofdstuk besproken zijn. Het schema kan gebruikt worden om uitspraken van de respondenten in latere hoofdstukken te duiden.

⁹⁷ Alma, H. & Pieper, J. & Uden, van, M. "when I find myself in times of trouble' Pargament's religious coping scales in The Netherlands', 65.

Schema 1: Fasen in het Stressproces : overzicht schema



Hoofdstuk 3 Praktijk onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van het kwalitatieve onderzoekdeel van de scriptie besproken. Allereerst een bespreking van de belangrijkste bevindingen van het vooronderzoek van waaruit het onderzoek naar copingstijlen is ontstaan. Vervolgens volgt een uiteenzetting van de methode en procedure in het huidige onderzoek.

3.1 Voor onderzoek

In het kader van de masterstage Geestelijke Verzorging vond een inventarisatie onderzoek plaats naar de beleving en ervaring van nazorg na suïcide door medewerkers van Pro Persona MCZ Wolfheze. Het onderzoek naar beleving en ervaring van nazorg werd gehouden op de drie afdelingen waar afgelopen twaalf maanden een suïcide heeft plaatsgevonden en was gericht op het in kaart brengen van de huidige stand van de nazorg en hoe deze eventueel verbeterd kan worden. De volgende conclusies konden worden getrokken uit het onderzoek. Ten eerste heerst er onduidelijkheid op de afdelingen over wie er gerekend wordt onder de 'direct betrokkenen' bij een suïcide. Dit zorgt voor verwarring bij medewerkers en heeft als gevolg dat er mensen niet worden uitgenodigd voor plenaire nabesprekingen die dat wel zouden willen. Ook blijkt uit de onderzoeksresultaten dat er een tweedeling is in de kennis over nazorgmogelijkheden binnen Pro Persona MCZ Wolfheze. Mensen geven of aan goed op de hoogte te zijn van de nazorgmogelijkheden en wie ze voor nazorg kunnen benaderen, of geven aan dat hier veel onduidelijkheid over bestaat. Het middengebied ontbreekt, wat aantoont dat het op de hoogte zijn van nazorg mogelijkheden en het gebruik maken daarvan een individueel karakter heeft en niet een organisatorische verdienste is. Dit wordt ook bevestigd door de respondenten wanneer ze zeggen dat ze zich verantwoordelijk voelen voor hun eigen nazorgtraject. De aanbevelingen die gedaan zijn naar aanleiding van het onderzoek waren gericht op het verbeteren van de structuur van de nazorg en het vergroten van de duidelijkheid over wie waar terecht kan voor nazorg geboden door de organisatie.

Het onderzoek dat uitgevoerd is voor deze scriptie richt zich echter op de individuele hulpverlener in de GGZ die één op één cliëntenzorg verleent en te maken krijgt met suïcide in de werkomgeving. Dit sluit aan bij het vorig beschreven onderzoek omdat de copingstijl van de hulpverlener een indicatie kan zijn voor het type nazorg dat bij die persoon past. Iemand met een *approach* gerichte copingstijl zal baat hebben bij bijvoorbeeld een herdenkingsdienst. Terwijl iemand met een probleemgerichte

approach copingstijl meer zou halen uit een evaluatiebespreking van de situatie.⁹⁸ Hier zou het door de GGZ instellingen aangeboden nazorgprogramma rekening mee kunnen houden. De GGZ zou bijvoorbeeld een 'menukaart' aan nazorgmogelijkheden aan kunnen bieden waar hulpverleners een bij hen passende nazorg uit kunnen kiezen. Op deze manier kan nazorg beter aansluitend bij de specifieke behoeften van de betreffende hulpverlener gemaakt kunnen worden.

3.2 Methode van onderzoek.

Voor het onderzoek van deze scriptie is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethodes. De onderzoeksgegevens zijn verzameld via interviews met een half open interviewstructuur. In totaal hebben zes interviews plaats gevonden met medewerkers in de GGZ. Deze zes interviews vormen samen de data gebruikt voor deze scriptie.

3.2.1 Karakteristieken van de onderzoeker.

De onderzoeker is een masterstudent aan de Rijksuniversiteit Groningen. De afstudeerrichting is Geestelijke Verzorging. Er zijn geen andere onderzoekers bij het afnemen van de interviews betrokken geweest behalve deze jonge, vrouwelijke onderzoekster. Voorafgaand aan dit onderzoek heeft de onderzoekster enkele malen eerder gebruik gemaakt van interviews als kwalitatieve onderzoeksmethode. Hierin is de onderzoeker tijdens haar bacheloropleiding Religiewetenschappen en door de gevolgte methodology clinics in de master Geestelijke Verzorging, voldoende getraind. Wel is dit de eerste keer dat de onderzoekster kwalitatieve gegevens op een dergelijke manier analyseert ten behoeve van een masterscriptie.

Van de zes respondenten die hebben meegewerkt aan het onderzoek, werken drie op de stageplek van de onderzoekster. Twee van hen waren bekend bij de onderzoekster door het cliëntencontact dat de onderzoekster tijdens de stage had op de afdelingen waar deze respondenten werkzaam zijn. Er heeft voorafgaand aan het interview sporadisch contact plaatsgevonden. Een andere respondent maakt deel uit van het team waarin de onderzoekster heeft gewerkt. Met deze respondent was een professionele samenwerking voorafgaand aan het interview. De drie overige

⁹⁸ Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', 668-691.

respondenten zijn werkzaam in een andere GGZ-instelling, met hen is voor het interview nooit eerder contact geweest.

De respondenten zijn voorafgaand aan het interview per email op de hoogte gesteld van het onderwerp en het doel van het interview. De nadruk in het interview op de persoonlijke omgang met suïcide van cliënten was daardoor een bekend gegeven. Ook wisten ze dat de interviews werden opgenomen en de uitgeschreven teksten gebruikt zouden worden als data in een wetenschappelijk onderzoek. De uitnodiging die de respondenten kregen voor deelname aan het onderzoek is bijgevoegd in bijlage 1.

3.2.2 Opzet van het onderzoek.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een semi gestructureerde interviewmethode aan de hand van thema's zoals bijvoorbeeld de relatie van de hulpverlener met de cliënt en de invloed van suïcide op het professioneel functioneren. Deze methode wordt toegepast omdat het doel van het onderzoek exploratief van aard is. Er wordt gewerkt met een aantal bestaande theorieën over coping.

De interviews werden gehouden in de werkomgeving van de respondenten. Op de stageplek was dit een kantoor in het pastoraal centrum van de Geestelijke Verzorgingsafdeling. In de andere GGZ-instellingen waren dit de kantoren van de respondenten zelf. De gesprekken vonden plaats in een één op één setting en er waren gedurende het interview geen andere mensen in de ruimte aanwezig dan de onderzoekster en de respondent zelf.

Drie van de respondenten (A, B en C) kwamen uit de regio Arnhem-Nijmegen. De interviews met hen vonden plaats in de periode van 18 tot 22 april 2016. De overige respondenten kwamen uit de regio Leeuwarden-Groningen. Deze interviews vonden plaats in de periode van 27 juni tot 7 juli 2016. Onderstaande tabel geeft aan welke relevante kenmerken de respondenten hadden.

Tabel3: overzicht respondentkenmerken

| Respondent | Geslacht | leeftijdscategorie | Werkervaring GGZ | Huidige functie |
|------------|----------|--------------------|------------------|------------------------|
| A | Man | 50-60 | 25 jaar | Verpleegkundige |
| B | Man | 50-60 | 30 Jaar | Senior verpleegkundige |
| C | Man | 50-60 | 20 Jaar | Geestelijk Verzorger |
| D | Man | 50-60 | 30 Jaar | Klinisch psycholoog |
| E | Man | 30-40 | 10 jaar | Psychiater |
| F | Man | 40-50 | 15 jaar | Psychiater |

Voorafgaand aan het interview is een vragenlijst opgesteld door de onderzoekster. De vragenlijst is gericht op coping met suïcide. De interviews begonnen met de vraag naar de omstandigheden van de meest recente suïcide van een cliënt en de rol van de respondent op dat moment. Vervolgens werd het interview gestuurd naar themavragen zoals de relatie met de cliënt, de gevoelsmatige impact van suïcide en de eventuele nazorg. Alle vragen uit de vragenlijst komen voort uit theorieën over copingstrategieën, om zodoende theorie aan praktijk te kunnen koppelen. In bijlage 2 is de complete vragenlijst te vinden.

Met iedere respondent is één interview afgenomen. Het gesprek is opgenomen met een dictafon na schriftelijke en vervolgens mondelinge toestemming van de respondenten. Gedurende het interview zijn geen aantekeningen gemaakt. De duur van het interview lag rond de 30 tot 45 minuten. De transcripties van de interviews zijn naar de respondenten gestuurd ter correctie. Hier hadden de respondenten een week de tijd voor. Na deze week zijn de, eventueel gecorrigeerde, transcripties gebruikt voor het onderzoek. Er zijn bij drie interviews kleine correcties gevraagd ter verheldering van antwoorden, deze hadden geen invloed op de inhoud van de reacties.

3.2.3 Methode van data-analyse.

De interviews met de respondenten zijn getranscribeerd. Vervolgens heeft de onderzoeker de antwoorden van de respondenten onderverdeeld in verschillende categorieën om overzicht te krijgen en de antwoorden met elkaar te kunnen vergelijken. Deze categorieën waren 1.Uitspraken over de omstandigheden van het werk en de

suïcide. 2. Uitspraken en uitingen omtrent emoties en gedachten over suïcide. en 3. Uitspraken over de invloed van de suïcide op het professioneel handelen.

De woorden die emotie aangeven zijn onderstreept, geteld en weergegeven in tabel 4 van de resultaten. Er is geen rekening gehouden met de manier waarop de respondenten de woorden uitspraken aangezien er voor de analyse gebruik werd gemaakt van het schriftelijk verslag van het interview. Correcties op uitspraken van de respondent zelf zijn niet in het interviewverslag opgenomen. Dit is in één interview op twee momenten voorgekomen en had geen inhoudelijke gevolgen voor het interview.

De antwoorden van de respondenten binnen de drie hierboven genoemde categorieën zijn met elkaar vergeleken. Vervolgens is de onderzoekster op zoek gegaan naar mogelijke verbanden tussen de antwoorden van de respondenten en zijn de gevonden verbanden per respondent uitgewerkt en met elkaar vergeleken. Ten slotte zijn deze uitspraken en vergelijkingsverbanden gekoppeld aan verschillende copingstijlen. Hoewel er een retrospectief onderzoek gedaan werd, was er sprake van een onderzoeksvraag uit de praktijk waar nieuwe inzichten voor zijn gevonden.⁹⁹

Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de vragen hoe het kwalitatieve onderzoeksdeel van de scriptie tot stand is gekomen en welke onderzoeksmethode er is gebruikt. Er is een overzicht gegeven van de belangrijkste omstandigheden tijdens de uitvoering van het onderzoek. Vervolgens is de structuur van de interviewvragen weergegeven. Ten slotte is de methode van de data verwerking en analyse uiteengezet.

⁹⁹ Wester, F. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek* (Bussum 1995) 40.

Hoofdstuk 4 Resultaten en Analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van data-analyse besproken. De resultaten worden besproken met behulp van drie categorieën.

Allereerst zullen de resultaten en verbanden die te maken hebben met de omstandigheden waarin de hulpverleners te maken hebben gekregen met suïcide worden besproken. Vervolgens worden de emotionele reacties van de hulpverleners uiteengezet en met elkaar vergeleken en ten slotte wordt weergegeven of het professioneel handelen van de hulpverleners is veranderd na een suïcide en zo ja, op welke manier dit is veranderd.

4.1 Omstandigheden

De sociale omstandigheden van de verschillende respondenten zijn uiteenlopend. Respondent A had bijna dagelijks contact met de cliënt die suïcide pleegde en had persoonlijke gesprekken met hem. Respondent B had ook bijna dagelijks contact met de cliënt, maar er was geen sprake van persoonlijke gesprekken. Respondent C kende de cliënt die suïcide pleegde niet en respondenten D, E en F hadden de cliënten die suïcide pleegden een aantal keer kort gesproken of voerden delen van de behandeling uit. Hieruit is af te leiden dat respondenten A en B het meest contact hadden met de cliënt voorafgaand aan de suïcide.

Het contact dat respondenten A en B hadden met de cliënt, veronderstelt dat bij hen de grootste uitingen van emoties als verdriet, gemis en boosheid gevonden worden. De emoties zijn een gevolg van de weggefallen band met de cliënt na een suïcide.¹⁰⁰ De onderliggende veronderstelling is dat de kwantiteit van het contact tussen hulpverlener en cliënt een indicator is voor de mate waarin emoties spelen na een suïcide. Dit omdat een relatie waar nabijheid en emotionele betrokkenheid groter is, de kwantiteit van de relatie vaak ook groter is. De nabijheid en emotionele betrokkenheid in een hulpverlenersrelatie heeft over het algemeen meer tijd nodig om zich te ontwikkelen.¹⁰¹

¹⁰⁰Attig, T. 'Relearning the world: making and finding meanings' in R.A. Neimeyer *Meaning Reconstruction & the experience of loss*, (Washington 2002) 36.

¹⁰¹ Maes, J. *De hulpverlener: Tussen afstand en nabijheid* (2007)

<http://www.johanmaes.com/upload/DehulpverlenertussenAenNA.pdf> 14-07-2016

4.2 (Emotionele) reactie

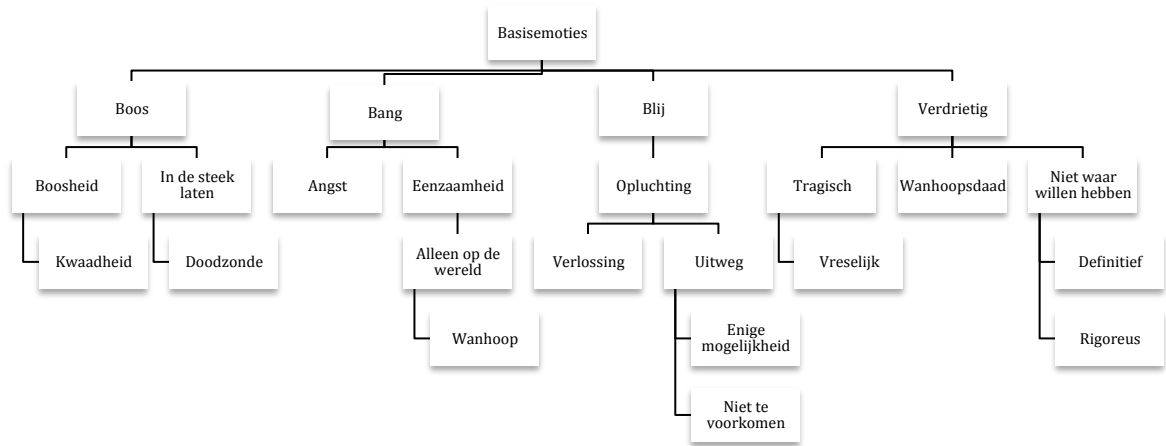
De emotionele reacties van de respondenten variëren. In tabel 4 is aangegeven welke woorden de respondenten gebruiken om de suïcide en suïcide in het algemeen te omschrijven. Deze woorden zijn vergeleken met andere woorden die dezelfde emotie kunnen weergeven als de gebruikte woorden door de respondenten. Er is uitgegaan van een neutraal uitgangspunt waarin geen emotiepieken ervaren worden. Dit is het basisuitgangspunt van waaruit de hulpverleners werken. Vervolgens zijn de antwoorden van de respondenten over suïcide aan de vier basisemoties angst, boosheid, verdriet en blijheid gekoppeld en is er een gradatie van emotionele lading aan de woorden gegeven.

Tabel 4: uitspraken respondenten over suïcide

| Respondent | Woorden omschrijving suïcide |
|------------|---|
| A | Uitweg, verlossing, niet te voorkomen, kwaadheid |
| B | Wanhoopsdaad, enige mogelijkheid |
| C | Tragisch, definitief, rigoureuus, niet waar willen hebben |
| D | Doodzonde, vreselijk. kwaadheid, het leven, partner en kinderen in de steek laten |
| E | Het resultaat wanneer alle wegen, tot mens onder de mensen zijn, zijn afgesloten. Gevoel in de steek gelaten te worden door cliënt, |
| F | Wanhoopsdaad, inadequate hulpvraag, angst, schuld, verdriet, boosheid |

In schema 2 is te zien hoe de onderzoeker de uitspraken van de respondenten uit tabel 4 heeft gekoppeld aan de vier basisemoties boosheid, blijheid, angst en verdriet.

Schema 2: Indeling uitspraken over suïcide a.d.h.v. basisemoties



Respondent A geeft aan dat hij heftige emoties voelde over de manier waarop meneer X suïcide pleegde. Dit was voornamelijk kwaadheid, omdat zijn norm over suïcide is, dat wanneer je zelfmoord pleegt er zo min mogelijk mensen last van moeten hebben. Deze kwaadheid is bij respondenten D en F ook te vinden na een suïcide. Bij hen heeft deze emotie ook te maken met hun persoonlijke visie op suïcide. Respondent D geeft aan boosheid te ervaren omdat hij voelt dat mensen die suïcide plegen het leven en vaak partner en kinderen in de steek laten.¹⁰² Respondent C geeft aan geen boosheid te voelen, maar suïcide wel een rigoureuus en definitief afscheid van het leven te vinden. Het gaat de respondenten dus niet zozeer om hun eigen band met de overledene, maar de banden die hij of zij heeft met de omgeving en het effect dat de suïcide heeft op hen en eventuele anderen.

Respondent E is de enige die aangeeft wel eens het gevoel gehad te hebben in de steek gelaten te zijn door een cliënt die suïcide pleegde. Dit gevoel kwam voort uit het professionele en persoonlijke doel om contact te maken met cliënten en ze te zien als mens. Dit eenmalig gemaakte contact bleek achteraf te bedreigend te zijn geweest, wat mede leidde tot de suïcide. Hier kan uit worden opgemaakt dat de mate van contact niet in zijn geheel een indicatie is van de emotionele reactie van de hulpverlener op een suïcide. Respondent E zegt hierover het volgende:

¹⁰² Respondent D, juni 2016, 3.

*Omdat je mensen ontmoet op kruispunten in hun leven en alle zaken waar mensen mee rondlopen op tafel komen, maak je intensief contact met mensen en hun omgeving. Soms komen hele families en generaties met hun verhaal en onmacht bij je en leggen alles op tafel. In vrij korte tijd kun je heel dichtbij mensen komen. En ook al ben je er dan als professional, als persoon ben je dan ook wel geraakt.*¹⁰³

Respondent F geeft bij navraag naar dit verband tussen kwantiteit van contact en emotionele reactie op suïcide aan dat de mate van contact voor hem slechts één factor is die meespeelt. Andere factoren zijn de mate waarop hij zich met de cliënt kan identificeren en de intensiviteit van het contact.¹⁰⁴ Een soortgelijk antwoord is terug te vinden bij respondent D.¹⁰⁵ De persoonlijke houding van de hulpverlener wordt daarmee net zo belangrijk als de kwantiteit van het contact in de behandeling.

Het belang van de persoonlijke houding van de hulpverlener in de zorgrelatie kan worden verklaard door het belang van *appraisal*. Naar mate er meer identificatie en herkenning plaatsvindt door de hulpverlener met de situatie van de cliënt, wordt de suïcide als meer bedreigend of als verlies ervaren. Dit lijkt te komen doordat de verlieservaring meer raakt aan het sociaal en ook het existentiële karakter, van het verlies. Met andere woorden, als er meer identificatie plaatsvindt, is de *appraisal* bedreigender, waardoor er een grotere stressreactie optreedt.

Respondenten A, B, D, E en F noemen de manier waarop er met suïcidaliteit wordt omgegaan in de GGZ een verminderend effect heeft op de intensiteit van gevoelens van schuld. Het bespreken van vrijheden in de behandeling en risico's die daar bij horen met cliënten en hun naasten zorgt dat bij respondent A en B gevoelens van schuld en verantwoordelijkheid ondervangen zijn. Voor respondenten D, E en F verlicht het bespreken van vrijheden en risico's, maar neemt het gevoelens van verantwoordelijkheid en gefaald te hebben niet weg. Respondent F geeft aan ondanks voorbesprekingen "rotmomenten" van spanning en onrust te ervaren na het nemen van risicovolle beslissingen.¹⁰⁶ Ook respondent E geeft aan na een suïcide altijd een moment te hebben dat hij zich afvraagt of hij in de behandeling iets verkeerd heeft gedaan.¹⁰⁷ Deze twijfel kan voortkomen uit de verantwoordelijkheid die respondent D,E en F

¹⁰³ Respondent E, juli 2016, 2.

¹⁰⁴ Respondent F, juli 2016, 3.

¹⁰⁵ Respondent D, juni 2016, 4.

¹⁰⁶ Respondent F, juli 2016, 5.

¹⁰⁷ Respondent E, juli 2016, 3.

hebben voor de behandeling en suïcide gezien kan worden als een falen van een behandeling. De risico's die genomen worden met afspraken over vrijheden van de cliënt op een afdeling zijn voor hen een essentieel onderdeel van het werk, maar brengen ook twijfels over beslissingen met zich mee. De respondenten geven aan dat de mate waarin ze verantwoordelijk zijn voor de behandeling een voorbode is van de heftigheid van de emoties, wat een indicatie is voor de samenhang tussen behandelverantwoordelijkheid en schuldgevoel bij respondenten D, E en F.

De correlatie tussen behandelverantwoordelijkheid en schuldgevoel valt ook te verklaren vanuit het fasemodel van stress, zoals weergegeven in schema 1. Hoe meer de respondenten bij de behandeling betrokken zijn, des te groter is de fysieke, professionele en emotionele investering van de respondent. Deze investering zorgt ervoor dat de suïcide in de *appraisal* fase van het schema als meer bedreigend wordt ervaren en mogelijk een verlies aan middelen teweeg brengt (professioneel, economisch, emotioneel). Dit kan verklaren waarom hulpverleners met behandelingsverantwoordelijkheid meer coping- en stressreacties laten zien op het gebied van schuld en verantwoordelijkheid. Ze hebben meer behoefte aan copingstijlen waarin gevoelens van verantwoordelijkheid en schuldgevoel kunnen worden gedeeld. Hulpverleners met behandelbevoegdheid laten daarbij meer emotiegerichte coping zien door met collega's in gesprek te gaan over zowel hun persoonlijke als professionele houding ten opzichte van suïcide en het effect daarvan op hun professioneel handelen.

4.3 Copingstijlen

Alle respondenten laten een *avoidance* gerichte copingstijl zien direct na het horen over de suïcides van hun cliënten. Deze copingstijl uit zich in fysieke arbeid of het zoeken van afleiding. Er is op dat moment een beweging van de stressor af en eventuele emoties die opgeroepen worden door de stressor, worden tijdelijk geparkeerd. Dit zou ook geplaatst kunnen worden onder de fysieke hanteringsstijl die De Mönnik aangeeft als één van de manieren om met stressvolle situatie om te gaan. Deze fysieke handelingen en afleiding zijn volgens de respondenten nodig om het werk zo goed en zorgvuldig te kunnen uitvoeren. Respondent A zegt hier het volgende over:

Dan ga je zelf even uitschakelen om te kijken hoe het met de mensen gaat. Je moet even je eigen gevoelens opzij zetten omdat je als professional aanwezig bent

voor de andere patiënten. Dat is iets wat wel automatisch gaat. Ik doe het gewoon.¹⁰⁸

De *avoidance* gerichte coping stijl is bruikbaar in situaties waar weinig tot geen controle is over de stressor en er controle over de gevoelens van stress uitgeoefend moet worden.¹⁰⁹ Vanuit dit oogpunt lijkt (tijdelijke) *avoidance* coping een passende methode om met suïcide van een cliënt om te gaan zodat overige cliëntenzorg nog wel geleverd kan worden.

Naast *avoidance* coping is ook een andere vorm van coping te vinden namelijk *approach* coping. Bij vijf van de zes respondenten is een vorm van *approach* coping te onderscheiden. Deze vorm van coping uit zich in het spreken met collega's, het uitvoeren van een ritueel, het spreken met partners en het bijwonen van een herdenkingsdienst of uitvaart. Er is sprake van probleem gerichte coping in de vorm van informatie uitwisseling en het laten beoordelen van het eigen werk door collega's. Er wordt ook gebruik gemaakt van emotie gerichte coping in het zoeken van steun bij collega's en partners.

Dat bij de respondenten een *approach* gerichte coping stijl volgt op de *avoidance* gerichte coping stijl is te verklaren vanuit een theorie van Michael Horowitz dat *avoidance* gerichte coping alleen niet afdoende is. Wanneer alleen *avoidance* gerichte coping plaatsvindt kan het individu niet leren en groeien van de situatie. Het brein kan dan niet door de stress situatie heen werken en er vindt geen afronding plaats. Deze afronding vindt bij de respondenten vooral plaats door het bezoeken van herdenkingsmomenten en het houden intervisie bijeenkomsten gekoppeld aan de suïcide.

De tweede reden hangt hiermee samen. Als er geen afronding plaats vindt kan het brein geen rust vinden. Dit heeft tot gevolg dat het met de stresssituatie bezig blijft en dit uit zich op momenten dat er verminderde controle is. Dit kan zich uiten in bijvoorbeeld nachtmerries en spanning in het lichaam.¹¹⁰ Dit is bij de respondenten terug te vinden in uitspraken over gedachten die "boven komen borrelen" en "blijven

¹⁰⁸ Respondent A, april 2016, 3.

¹⁰⁹ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', 813.

¹¹⁰ Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', 815.

suddereren”. Ook uit zich dit in slecht slapen en een niet tegen te houden gedachtestroom.¹¹¹

Afwijkend daarvan laat respondent C alleen *avoidance* coping zien, terwijl er wel emoties spelen na de suïcide. Dit komt naar voren in de volgende uitspraken:

*Mijn emoties over de suïcide? Nou, een beetje boos: Hoe kun je dat nu doen voor je familie en omgeving. Maar ook wel een beetje begripvol, vanuit zijn positie kan ik het me voorstellen. Dus ik rationaliseerde het ook wel een beetje weg. En je moet het ook als je de deur uitgaat hier naast je neer kunnen leggen. Anders houd je het niet vol.*¹¹²

Hier is te zien dat emoties gerationaliseerd worden en de deur wordt na het werk ‘dichtgedaan’. Dit wordt deels gedaan omdat het rationele stuk overheerst maar ook om de situatie beheersbaar te houden. Hij had de meest persoonlijke band met de overledene, hierdoor lijkt *avoidance* coping juist bij hem een manier om de situatie en de emoties die daarbij spelen onder controle te houden zodat een werkbare situatie te behouden valt. Opvallend is dat deze respondent aangeeft geen last te hebben gehad van nachtmerries of slapeloosheid. Dit is een indicatie dat *avoidance* gerichte coping voor deze respondent een natuurlijke coping stijl is die bij hem als persoon past en niet alleen in deze situatie passend is.

4.4 Verandering in functioneren.

Onderstaande tabel geeft aan op welke wijze het denken over suïcide al dan niet veranderd is bij de respondenten na het meemaken van suïcides als hulpverlener en welk effect dit heeft op het handelen en de coping na suïcide.

Tabel 5: verandering in denken en handelen na suïcide

| Resp. | Denken over suïcide | Verandering in denken? | Welke verandering? | Effect op handelen en coping |
|-------|---|------------------------|---|---|
| A | In sommige gevallen een uitweg, echte uitweg uit het leven. Als mensen echt | Ja | Sinds werk in de GGZ milder geworden ten opzichte van suïcide. Besef dat het een uitweg kan | Meer begrip voor mensen die suïcide plegen. Dit helpt om emoties te rationaliseren. “Het was zijn eigen keus en hij zag het als oplossing”. Het functioneren wordt niet |

¹¹¹ Respondent D, juni 2016, 2.

¹¹² Respondent A, april 2016, 4.

| | willen gaan ze. | | zijn uit lijden. | anders na een suïcide. |
|---|--|-----|--|--|
| B | Wanhoopsdaad, mensen doen het niet zomaar, er is dan sprake van echt lijden en dat komt helaas best veel voor in de psychiatrie. | Ja | Sinds werk in de GGZ meer begrip gekregen voor omstandigheden waarin mensen zo wanhopig zijn dat ze suïcide plegen en dit als enige optie zien. | Meer begrip voor mensen die suïcide plegen en daardoor milder geworden. Samen met de afspraken over het ingecalculerde risico neemt dit heftige emoties weg. Na suïcide goede evaluatie van de protocollen en acties, maar werk gaat door. |
| C | Iets wat je niet waar wilt hebben, een rigoureuus, onomkeerbaar besluit. Een mens is waardevol. | Nee | | Na iedere suïcide een mens uit het web der mensen ontvallen. Gevoel van nut door instrumentarium dat werkte. Bv. rituele handelingen. Dit hielp tegen het gevoel van onmacht. Later reflectie op eigen handelen. |
| D | Iedere keer verschrikkelijk. | Nee | | Gevoelens van schuld en incompetentie. Spreken met collega's en intervisie. Dit helpt tegen angst voor moeilijke beslissingen. Een paar dagen "van slag" na een suïcide |
| E | Een menselijke mogelijkheid die altijd mogelijk is voor iedereen Het resultaat wanneer alle wegen, tot mens onder de mensen zijn, zijn afgesloten. Mensen die de moed verloren zijn en wanhopig. | Ja | Het "almachtbeeld van de hulpverlener" is afgebrokkeld. Een meer marginale positie, niet minder belangrijk. Suïciderisico of wens niet minder na contact met cliënt. Door het kaartenhuis heen reiken levert soms meer onbalans op, er is nog geen nieuw alternatief. | Hierdoor meer voorzichtig te werk. Niet direct contact maken op iemands diepe level, misschien wel nooit. Nieuwe balans zoeken met mensen in plaats van te willen "redden". Dit helpt om gevoel van schuld te verkleinen na een suïcide. |
| F | Iets wat voor heel veel mensen een andere betekenis heeft. Het is zaak om de betekenis te achterhalen. | Nee | | Proberen de betekenis en de hulpvraag te ontdekken achter de wens om dood te gaan. In overleg met cliënt en de omgeving afspraken maken over behandeling, vrijheden en risico's. Dit |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | Bijna altijd een uiting van wanhoop. Dood willen staat 180 graden gedraaid op wat we altijd willen, namelijk overleven. | | | helpt om schuldgevoel en stress te verminderen, maar neemt “rotmomenten” na spannende beslissingen niet weg. Door suicidaliteit niet “raar” te vinden en een uitingsvorm van iets anders, is het bespreekbaar. |
|--|---|--|--|--|

In de tabel is te zien dat de respondenten A, B en E aangeven dat er een verandering in het denken over suïcide plaats heeft gevonden sinds ze aan het werk zijn in de GGZ. Dit heeft bij respondent A en B en E als gevolg dat ze nu minder normatief tegenover suïcide staan en er “beter mee om kunnen gaan”. Dit is een voorbeeld van *meaning making* coping waar *accommodatie* plaatsvindt. Het betekenisstelsel van waarden en normen wordt aangepast om stress te verminderen.¹¹³ Respondent A heeft wel een norm over de manier waarop suïcide gepleegd zou moeten worden als het daartoe komt, namelijk op een manier die zo min mogelijk mensen tot last is. De grootste emotie die hij voelde zit ook op het punt dat deze norm niet overeen kwam met de werkelijkheid.

Deze veranderde manier van denken over suïcide stelt beide respondenten in staat tot het uitvoeren van het beleid van de instelling waarin vrijheden worden gegeven aan mensen, met bijbehorende risico's. Wanneer iemand suïcide pleegt helpen de gemaakte afspraken om eventuele gevoelens van schuld of nalatigheid te ondervangen.

Respondent E geeft aan dat hij in het begin van zijn carrière meer een soort ‘almachtdenken’ had dan hij nu heeft. Hij was in de vooronderstelling dat je als hulpverlener mensen kunt zien in hun mens-zijn en ze “thuis kunt krijgen”. De eerste suïcide was dan ook een grote schok omdat er ondanks de connectie die gemaakt was, geen nieuwe weg gevonden kon worden met deze cliënt. Respondent E geeft aan dat de hulpverlener steeds in de marge werkt en suïcide voor iedereen altijd een mogelijkheid is. “Mensen leven niet van brood alleen.” Als hulpverlener er bij blijven is niet altijd genoeg.¹¹⁴

De *meaning making* coping door *accommodatie* valt te verklaren vanuit het besef dat suïcide voor hulpverleners een existentieel verlies is. Iemand die suïcide pleegt verbreekt de hulpverlenersrelatie waardoor de hulpverlener zijn werk niet meer kan

¹¹³ Folkman, S. & Moskowitz, J.T. ‘Coping: Pitfalls and Promise’, 747.

¹¹⁴ Respondent E, juli 2016, 4.

uitvoeren. Er kunnen twijfels ontstaan over het professioneel functioneren. Door de *global meaning* aan te passen op de *appraisal*, kan voorkomen worden dat het vertrouwen in het professioneel handelen na iedere suïcide opnieuw verdwijnt. Ook kan de wetenschap dat suïcide bij het werk hoort en een mildere houding tegenover suicide helpen bij het omgaan met gevoelens van schuld die de respondenten ervaren.

Anders dan bij de respondenten A, B en E is het denken over suïcide niet veranderd bij de respondenten C, D en F. De respondenten C en D geven aan suïcide nog altijd even verschrikkelijk te vinden als in het begin van hun werkzame periode en ook niet als uitweg te zien voor het leven. Wanneer de *global meaning* niet overeenkomt met de *appraisal*, kan dit leiden tot extra stress gevoelens.¹¹⁵ Dit is bij de respondenten C en D zichtbaar. Ze geven blijk van intensere gevoelsuitingen in hun woorden om de suïcide te beschrijven dan de respondenten A, B, E en F.

Voor respondent F is het denken over suïcide in zijn werkzame leven niet veranderd, maar bevestigd. De woorden die hij gebruikt om zijn gedachten over suïcide te omschrijven zijn hetzelfde gebleven. Doordat zijn ideeën over suïcide zijn bevestigd in verschillende situaties sluiten *global meaning* en *appraisal* op elkaar aan. De overeenkomst tussen *global meaning* en *appraisal* verklaart waarom respondent F in zijn antwoorden dicht bij de respondenten A, B en E zit dan bij de respondenten C en D omdat de respondenten A, B en E hun *global meaning* en *appraisal* op elkaar hebben afgestemd door *accommodatie*. Dit zorgt ervoor dat de existentiële belasting op het gebied van denken over suïcide minder groot is. De stressreactie op dat vlak is daardoor minder heftig dan bij de respondenten C en D, waar de *global meaning* en *appraisal* niet overeenkomen wat voor een grotere existentiële belasting zorgt.

De respondenten D, E en F geven aan dat ze zich afvragen of hun beslissingen in de behandeling anders hadden moeten nadat er een suïcide had plaatsgevonden. Respondent D geeft daarbij aan dat er vaak door zijn hoofd speelt of de suïcide te voorkomen was geweest door een beslissing in de behandeling anders te doen.¹¹⁶ Doordat zowel de respondenten E en F suïcide zien als een mogelijkheid die voor ieder mens op elk moment bestaat, twijfelen ze wel aan hun eigen beslissingen, maar vragen ze zich minder af of dit de suïcide had kunnen voorkomen op een zorgverantwoorde manier. Respondent F zegt hier het volgende over:

¹¹⁵ Folkman, S. & Moskowitz, J.T. 'Coping: Pitfalls and Promise', 747.

¹¹⁶ Respondent D, juni 2016, 4.

Lijden is niet iets waarvan je het moet voorkomen, het kan heel noodzakelijk en natuurlijk zijn omdat het ook drive geeft aan het vermogen om oplossingen te kunnen zoeken. En dan moet je veel meer iemand helpen om dingen te formuleren dan dat je het over neemt. Want dan maak je iemand alleen maar zeker. Daar zit een risico aan. Ik vind het niet mijn verantwoordelijkheid om altijd alles van mensen over te nemen vanuit een veiligheidsgedachte, die ook niet echt werkt.¹¹⁷

De respondenten D, E en F geven aan na een suïcide een tijdelijke verandering in handelen te signaleren. Alle drie de respondenten spreken meer met collega's, respondent E voornamelijk over zijn beleving van de suïcide en de respondenten D en F ook over beslissingen die ze nemen in de behandelingen. Deze 'second opinions' komen voort uit de angst om iets over het hoofd te zien, waardoor ze juridisch aansprakelijk kunnen worden gesteld in de toekomst. Ook spreken de respondenten met hun collega's om de angst geen risico's meer te durven nemen in de behandeling na een suïcide, weg te nemen. Hiermee proberen ze twijfels over het professioneel handelen te verkleinen en de kwaliteit van de zorg op niveau te houden.

Deze tijdelijke verandering in handelen zou te verklaren kunnen zijn door het verantwoordelijkheidsgevoel voor het plan van zorg voor cliënten die specifiek past bij hulpverleners met een behandelbevoegdheid. Ze zijn verantwoordelijk voor de behandeling en nadat er een suïcide heeft plaatsgevonden komt dit verantwoordelijkheidsgevoel tot uiting in een verhoogde alertheid op signalen van verhoogd suïcide risico. De respondenten vinden retrospectief dat ze goed gehandeld hebben in hun beslissingen in de behandelingen. Echter om geen verkeerde beslissingen te nemen in andere behandeltrajecten en om twijfels over het eigen handelen weg te nemen, ontstaat behoefte om de verantwoordelijkheid tijdelijk te delen.

4.5 Reflectie op de resultaten

De copingstijlen die uiteengezet zijn in hoofdstuk twee komen niet zo gescheiden voor als wordt weergegeven. Er is weliswaar een verschuiving van *avoidance* naar *approach* gerichte coping te onderscheiden bij de respondenten, maar beide copingstijlen komen

¹¹⁷ Respondent F, juli 2016, 3.

tegelijkertijd voor in de interviews. Actief met de suïcide bezig zijn kan prima samen gaan met afleiding zoeken door fysiek werk.

Deze beweging tussen *avoidance* en *approach* gerichte coping heeft overeenkomsten met het “two track model of grief” van Margaret Stroebe en Henk Schut.¹¹⁸ Zij geven aan hoe mensen na een verlieservaring heen en weer bewegen tussen handelingen gericht op wat verloren is gegaan en hoe daar mee om te gaan en handelingen gericht op het reduceren van de gevolgen van het verlies. Deze ‘verliesoriëntatie’ en ‘reconstructie-oriëntatie’ wisselen elkaar af in de dagelijkse routine van mensen na een verlies ervaring en sluiten aan bij de fysieke, emotionele en rationele hanteringsstijlen van De Mönnik.

Stroebe en Schut onderscheiden twee soorten handelingen na verlies ervaringen met ieder een andere oriëntatie. Er kan sprake zijn van verlies georiënteerde handelingen of reconstructie georiënteerde handelingen. *Approach* gerichte coping kan worden gezien als onderdeel van verlies georiënteerde handelingen. Er wordt aandacht gegeven aan de stressor (de suïcide) en de emoties die daarbij spelen (boosheid, verdriet en angst). Door naar de stressor toe te bewegen wordt een plek gegeven aan de verlieservaring en kunnen de emoties verwerkt worden. *Avoidance* coping kan gezien worden als onderdeel van de reconstructie georiënteerde handelingen. Door van de stressor af te bewegen komt de focus te liggen op het reconstrueren van een nieuwe werkelijkheid waarin geen aandacht aan het verlies besteed hoeft te worden.¹¹⁹

Volgens het model van Stroebe en Schut zou de meest adaptieve en geslaagde coping bestaan uit heen en weer bewegen tussen beide copingstijlen. Dit zou verklaren waarom in de interviews beide copingstijlen elkaar afwisselen en dat dit ook als prettig en helpend ervaren wordt door de respondenten.

Ook bleek uit de analyse van de resultaten, dat wanneer *global meaning* en *appraisal* met elkaar overeen komen, er minder grote emoties plaatsvinden bij suïcide. Hoewel bij drie respondenten het denken over suïcide niet is veranderd, blijkt respondent F minder emotionele belasting te ervaren dan de respondenten C en D. Dit is te zien in de antwoorden die hij geeft op de vragen over hoe hij denkt over suïcide in tabel 4 en is verklaarbaar vanuit schema 1. Doordat de situatie in het wereldbeeld past is de schok kleiner, de *appraisal* ook en daardoor ondervinden de respondenten minder

¹¹⁸ Stroebe, S. & Schut, H. ‘Models of coping with bereavement: A review’, 385.

¹¹⁹ Ibidem, 386.

lichamelijk en geestelijke uitingen van stress. De andere drie respondenten hebben hun denken over suïcide aangepast aan de werkelijkheid die zich voordoet in hun werk, waardoor *global meaning* en *appraisal* overeenkomen. Hieruit volgt de hypothese dat er een causaal verband bestaat tussen de mate waarin *meaning making* coping lukt en de mate van lichamelijk en geestelijke stressreacties die hieruit voortkomen.

Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gezocht op de vraag wat de resultaten uit het kwalitatieve onderzoek zijn. De data zijn aan de hand van drie categorieën uiteengezet en vergeleken. Vervolgens zijn in elke categorie de belangrijkste verbanden tussen de data en de theorieën over coping besproken.

Zo blijkt uit de resultaten dat de kwantiteit van het contact tussen hulpverlener en cliënt geen indicatie is voor de mate waarin een hulpverlener stressreacties ervaart door een suïcide. Het blijkt dat identificatie en de kwaliteit van relatie een veel grotere invloed heeft op de *appraisal* dan voorafgaand aan het onderzoek werd gedacht. Dit is te verklaren vanuit het besef dat suïcide voor een hulpverlener meer een existentieel verlies is dan een sociaal verlies. Het gaat niet om de duur van de relatie of de herinnering, maar om de invloed van de suïcide op de waarden en normen van de professional.

Dat de existentiële dimensie van het verlies van belang is blijkt ook uit het resultaat dat de helft van de respondenten hun *global meaning* hebben aangepast aan de *appraisal*. Door het denken over suïcide te veranderen, wordt suïcide als minder bedreigend ervaren en levert dit een minder heftige stressreactie op. De andere helft van de respondenten heeft geen *accommodatie* toegepast. Dit was bij één respondent niet nodig omdat de *global meaning* en *appraisal* al overeenkwamen aan het begin van zijn carrière. De andere twee respondenten geven blijk van heftigere stressreacties op suïcides in hun bewoordingen om suïcide te omschrijven. Deze zijn meer emotioneel en normatief geladen dan bij de andere respondenten.

Ten slotte heeft er reflectie plaatsgevonden over de resultaten van het onderzoek, waarna de hypothese over het causale verband tussen *meaning making* coping en stressreacties is gepresenteerd.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal de hoofdvraag: “Welke copingstijlen gebruiken hulpverleners in de GGZ na suïcide van een cliënt?” beantwoord worden aan de hand van conclusies die getrokken kunnen worden uit het gedane onderzoek. Vervolgens worden enkele implicaties van de conclusies uit het onderzoek voor de beroepspraktijk weergegeven, waarna aanbevelingen gedaan worden voor verder onderzoek.

5.1 Copingstijlen

Uit de resultaten en de analyse is af te leiden dat alle respondenten in eerste instantie een *avoidance* gerichte coping gebruiken na het horen van de suïcide. Eensgezind zijn de respondenten omtrent de taak van de hulpverlener. De hulpverlener moet zich adequaat kunnen bezighouden met zorg voor cliënten of het afhandelen van de formaliteiten voor de organisatie en de inspectie. Om dit naar behoren te kunnen doen is het uitschakelen van eigen denkbeelden en gevoelens een nuttig proces om eventuele stress na een suïcide van een cliënt niet verlamdend te laten zijn. Er wordt door alle respondenten in eerste instantie een *avoidance* gerichte coping gebruikt na het horen van de suïcide.

Een vorm van *approach* gerichte coping valt te identificeren bij vijf van de zes na de initiële *avoidance* gerichte coping. Dit is te zien in de activiteiten die deze hulpverleners ondernemen. De activiteiten vallen binnen *approach* gerichte coping, zoals het bijwonen van een herdenkingsdienst of het met collega's bespreken van de casus van de overledene. Dit kan emotie gerichte coping zijn om steun te verkrijgen en het verhaal te kunnen doen, maar ook probleem gerichte coping om informatie uit te wisselen en te leren van aspecten van de situatie. Aan de buitenkant is niet makkelijk te zien is welk motief de hulpverlener heeft om emotiegerichte coping te gebruiken. Het is daarom van belang om naar deze motieven van handelingen te vragen zodat te bepalen valt of er sprake is van emotie- of probleemgerichte *approach* coping.

Daarnaast laat de analyse van dit onderzoek zien dat hulpverleners van wie het *global meaning* systeem en het *appraisal* systeem met elkaar samenvallen of, op elkaar aansluiten, minder 'last' hebben van de suïcide. Dit valt te verklaren doordat *global meaning* bestaat uit waarden en normen over het leven en de wereld. Wanneer deze waarden en normen niet aansluiten bij wat in specifieke situaties gebeurt, vraagt dit om aanpassing van de *global meaning* of de *appraisal*. Vindt er geen aanpassing plaats dan

zal dat resulteren in stress bij de hulpverlener. Een aantal respondenten gaven aan het denken over suïcide te hebben aangepast in hun carrière, wat duidt op een aanpassing in het *global meaning* systeem om het beter te laten aansluiten op de *appraisal*. Bij deze respondenten waren minder normatieve en met emotie beladen woorden te vinden in het spreken over suïcide dan bij de respondenten bij wie hun denken over suïcide niet was veranderd. Deze laatste groep respondenten gaf dan ook blijk van langdurigere emotionele invloed van de suïcide en gaf aan kwetsbaarheid te ervaren bij het nemen van beslissingen nemen op het werk.

De mate waarin *meaning making* coping lukt en de *global meaning* overeenkomt met de *appraisal* is een belangrijke indicatie voor de mate waarin iemand stressreacties krijgt van de stressor suïcide. Dit valt te verklaren vanuit het besef dat suïcide voor hulpverleners geschaard kan worden onder existentiële verliezen. De Mönnik richt zich in zijn werk verlieskunde voornamelijk op nabestaanden wanneer hij stelt dat suïcide alleen een sociaal verlies is. Hulpverleners hebben net als nabestaanden ook persoonlijk contact met hun cliënten en bouwen zo een relatie op met hun cliënten. De stressreactie wordt echter voornamelijk veroorzaakt doordat suïcide van cliënten inbreuk maakt op het stelsel van persoonlijke waarden en normen en professionele overtuigingen over het uitvoeren van het vak. Een suïcide beëindigt de zorgrelatie op een abrupte manier en laat de hulpverlener achter met twijfels over het professioneel handelen en zijn/haar competenties.

Door suïcide als existentieel verlies te benaderen, valt ook te verklaren waarom een verschil te zien is in copingstijlen na een suïcide tussen verschillende respondenten met of zonder een behandelverantwoordelijkheid. Omdat sommige respondenten een behandelverantwoordelijkheid hebben, speelden bij een aantal van hen na een suïcide van hun cliënten, vragen omtrent het juist en adequaat handelen en eventuele missers in de behandeling. De stressor wordt door respondenten met een behandelingsverantwoordelijkheid als meer bedreigend ervaren voor het vertrouwen in hun eigen professionele competenties omdat zij degenen waren die leiding hadden over het behandeltraject dat uiteindelijk 'gefaald' heeft. De *appraisal* van suïcide door de respondenten met behandelverantwoordelijkheid lijdt tot stress en twijfels aan het eigen handelen en de professionaliteit. Deze twijfels kunnen nadelige gevolgen hebben voor de behandelingen die tijdens en na de suïcide lopen of beginnen. Om de nadelige gevolgen die deze twijfels met zich mee brengen te ondervangen, zoeken de

respondenten naar steun en voor informatie bij hun collega's in formele intervisiemomenten en informele gesprekken. Zo laten respondenten met behandelverantwoordelijkheid een meer *approach* gerichte coping zien om hun professioneel handelen te waarborgen dan respondenten zonder behandelverantwoordelijkheid.

Hoewel alle respondenten gebruik maakten van *meaning making* coping in hun antwoorden op de vraag hoe ze denken over suïcide, was het opvallend dat er geen duidelijke religieuze copingstijl werd getoond. Waar vooraf de verwachting was dat er toch bij een enkeling wellicht sprake was van een religieus georiënteerde mening over suïcide, bleef dit in te interviews achterwege. Het ontbreken van duidelijke religieuze coping zou kunnen komen doordat de respondenten hun persoonlijke religieuze overtuigingen niet koppelen aan hun professie. In een volgend onderzoek kan meer aandacht besteed worden aan de persoonlijke achtergrond en overtuigingen van de respondenten, om zo de uitspraken over suïcide beter in een persoonlijke context te kunnen plaatsen.

Wel kwam naar voren dat de manier waarop gedacht wordt over suïcide in het algemeen, bepalend is voor de mate van impact die de suïcides hebben op de respondenten. Dit is te zien in uitspraken over de impact van de suïcide op het professionele handelen. Uit de antwoorden van respondenten A en B blijkt dat suïcide binnen hun *global meaning* past. Respondenten A en B gebruiken minder emotionele termen dan de respondenten C en D, bij wie suïcide niet in de *global meaning* past, om suïcide en de invloed van suïcide op henzelf te beschrijven. Hoewel respondent A een andere copingstijl hanteert dan respondent B, beschrijft hij suïcide in een eenzelfde bewoording en lijkt hij relatief weinig stress te ondervinden na een suïcide van een cliënt. Dit geeft aan dat *meaning making* coping meer invloed heeft op de mate van ervaren stress dan het onderscheid tussen *approach* of *avoidance* coping.

De vraag naar copingstijlen van hulpverleners in de GGZ na suïcide van een cliënt kan als volgt beantwoord worden: Allereerst laten hulpverleners een *avoidance* gerichte copingstijl zien. Vervolgens gaan de respondenten over op een *approach* gerichte copingstijl die zowel emotie als probleem gericht kan zijn.

De afwisseling tussen *approach* gerichte coping en *avoidance* gerichte coping lijkt te verklaren te zijn en ondersteund te worden vanuit het model van coping van Stroebe en Schut, die de wisselwerking tussen verlies georiënteerde en herstel georiënteerde

coping laten zien in hun dual process model. In dit model wordt de afwisseling van beide manieren van coping weergegeven. Stroebe en Schut beargumenteren dat de afwisseling tussen *approach* gerichte en *avoidance* gerichte coping de meest effectieve manier van coping na een verlieservaring is omdat het oog heeft voor wat verloren is gegaan en hoe het verder moet. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de afwisseling tussen *approach* en *avoidance* gerichte copingstijlen die de respondenten laten zien en hun waardering voor deze afwisseling.

Voorafgaand aan dit proces bepaalt de manier waarop er over suïcide gedacht wordt, in welke mate de respondent stress ervaart van de suïcide. De samenhang tussen de mate waarin suïcide in het wereldbeeld past en de stress die de hulpverlener ervaart na suïcide kan verklaart worden doordat suïcide door hulpverleners ervaren lijkt te worden als een existentieel verlies. Door het verlies van een cliënt kunnen twijfels ontstaan over de professionele competenties bij de hulpverlener, wat kan leiden tot heroverweging en twijfels over genomen beslissingen in de behandeling en over behandelbeslissingen die genomen moeten worden in de toekomst. Hoe meer verantwoordelijkheid een hulpverlener draagt in de behandeling, hoe meer deze twijfels spelen na een suïcide.

5.2 Reflectie op methode en uitvoering onderzoek

Het onderzoek is zo uitgevoerd en gedocumenteerd dat het te controleren valt. De herhaalbaarheid van de methode van het onderzoek is hiermee ook mogelijk. De uitkomsten van het onderzoek zijn echter niet te dupliceren omdat het gaat om kwalitatief onderzoek waarbij een aantal factoren de data beïnvloeden.

Gezien de focus van het onderzoek op de persoonlijke coping na suïcide zullen bij iedere respondent andere data gevonden worden. Een onderzoek met andere respondenten levert daarom andere data op. Ook zijn de data verkregen in een moment opname. Hoewel de respondenten tijd hebben gehad om over de gegeven antwoorden na te denken en eventueel correcties aan te brengen, blijven deze data een moment opname. Dus ook wanneer er onderzoek gedaan wordt met dezelfde respondenten is er geen garantie op dezelfde data.

De respondenten uit het onderzoek zijn allemaal mannen. Dit maakt dat deze respondenten wellicht niet representatief zijn voor de populatie van hulpverleners in de

GGZ aangezien van de 89.000 medewerkers in de GGZ het overgrote deel vrouw is.¹²⁰ In vervolg onderzoek zou het dan ook interessant kunnen zijn om te kijken hoe copingstijlen van vrouwelijke respondenten zich verhouden tot de resultaten van dit onderzoek. Er is, voor zover bekend, in voorgaand onderzoek geen duidelijk onderscheid gevonden tussen effecten van suïcide op het handelen van mannelijke en vrouwelijk respondenten. Toch zou onderzoek onder vrouwelijke respondenten de moeite waard zijn omdat dit onderzoek gericht is op persoonlijke processen voorafgaand aan de effecten op het professioneel handelen. Deze processen verschillen wellicht wel tussen mannen en vrouwen. Dit zou een vruchtbare invalshoek kunnen zijn voor nader onderzoek.

Het belang van *meaning making* coping en de invloed die deze copingstijl heeft op de mate waarin de respondenten stressreacties ervaren is nog niet op deze manier voorgekomen in het onderzoek naar coping van hulpverleners na suïcide. De besproken onderzoeken van Chemtob *et al.* en Alexander *et al.* keken voornamelijk naar de zichtbare effecten die suïcide heeft op het professioneel handelen van psychiaters en psychologen. Uit dit onderzoek is de hypothese ontstaan dat *meaning making* coping de meest invloedrijke copingstijl is op de effecten van suïcide voor het professioneel handelen van hulpverleners.

De lezer moet er rekening mee houden dat het onderzoek kleinschalig is en is uitgevoerd onder een homogene groep respondenten. De aanbeveling zou dan ook zijn om in vervolgstudies onderzoek te doen bij een grotere en meer heterogene onderzoeksgroep en de persoonskenmerken van de respondenten meer uit te vragen om zo meer zicht te krijgen op de oorsprong van de waarden en normen die de hulpverlener heeft over het werk en suïcide. Hierdoor kan een beter beeld ontstaan over de functie van *meaning making* coping. De hypothese dat suïcide een existentieel verlies is voor hulpverleners en dat daaruit volgend *meaning making* coping de meest essentiële copingstijl is, kan dan worden getoetst.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Het onderzoek laat zien dat hulpverleners eerst gebruik maken van een *avoidance* gerichte coping stijl die overgaat in een *approach* gerichte coping stijl die zowel emotie als probleem gericht kan zijn. Daarnaast lijkt er een verband te bestaan tussen mate

¹²⁰ <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Sectorrapport%202012-web.pdf> 29-07-2016

waarin suïcide in het wereldbeeld van de hulpverlener past en de hoeveelheid stress die door de hulpverlener ervaren wordt na de suïcide. Dit kan verklaard worden doordat suïcide voor hulpverleners ervaren lijkt te worden als een existentieel verlies. Door het verlies van een cliënt en een zorgrelatie kunnen twijfels ontstaan over de professionele competenties bij de hulpverlener. Hoe meer verantwoordelijkheid een hulpverlener draagt in de behandeling, hoe meer deze twijfels spelen na een suïcide.

Het nazorgplan van instellingen in de GGZ zou aangepast kunnen worden aan deze bevindingen uit het onderzoek. Er zou nazorg opgezet kunnen worden dat zich richt op de persoonlijke waarden en normen van de hulpverlener en de invloed die de suïcide daar op heeft. Dit kan door middel van individuele gesprekken met een teamleider of geestelijk verzorger of in groepsverband door intervisie bijeenkomsten. De nazorg zou gericht moeten zijn op het existentiële karakter van de verlieservaring die doorwerkt in het vertrouwen in de professionele competenties. Er zou daarbij gedacht kunnen worden aan activiteiten die helpen het vertrouwen in de professionele competenties terug te winnen door bijvoorbeeld simulatie testen te doen waarin de hulpverlener in virtuele casuïstiek op diverse momenten uit meerdere handelingsopties kiest en de gevolgen van die beslissingen ziet.

Bij nazorg gericht op het existentiële karakter van het verlies is het belangrijk dat deze nazorg gericht is op de individuele twijfels en behoeften van de hulpverlener. Dit omdat waarden en normen persoonlijk zijn. Dit zou kunnen resulteren in een 'menukaart' van nazorg waaruit de hulpverlener zou kunnen kiezen. De nazorg mogelijkheden kunnen variëren tussen individuele gesprekken en activiteiten tot het deelnemen aan een groepsgesprek of activiteiten gericht op teambuilding. Hierdoor heeft de hulpverlener de mogelijkheid om de nazorg te kiezen die past bij zijn of haar persoonlijke copingstijl. De kracht van de 'menukaart' ligt in de beschikbaarheid van de keuze en de aanwezigheid van de zorg. De keuzevrijheid van de hulpverlener bevordert daarbij het vertrouwen in de competentie van maken van keuzes.

Literatuurlijst

- Alma, H. & Pieper, J. & Uden, van, M. "when I find myself in times of trouble' Pagament's religious coping scales in The Netherlands', *Archive for the Psychology of Religion* 24 (2002) 64-74.
- Attig, T. 'Relearning the world: making and finding meanings' in R.A. Neimeyer *Meaning Reconstruction & the experience of loss* (Washington 2002) 33-53.
- Bijlsma, F. *Impact van suicide op GGz-medewerkers* (Assen 2012)
- Bos, T. 'Denkers over de zelfgekozen dood, een boekessay', *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 18 (2015) 56-60
- Carver, C.S. & Connor-Smith, J. 'Personality and coping', *The annual review of Psychology* 61 (2010) 679-704.
- Chechil, S. & Kutcher, S. 'Care for the carer: death of a patient by suicide' *Suicide risk management: A manual for health care professionals* (Hoboken Verenigde Staten) 130-134.
- Chemtob, C. et al, 'Patient suicide: Frequency and impact on psychiatrists', *American journal of Psychiatry* 145 (1988) 224-228.
- Draper, B. & Kolves, K. & De Leo, D. & Snowdon, J. 'The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals' *General Hospital Psychiatry* 36(2014) 721-725.
- Eeden, van, C,J,M, A. *Copen met coping, professionaliteit is omgaan met je eigen geraaktheid* (Amsterdam 2012)
- Foley, S.R. & Kelly, B.D. 'When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies', *Advances in Psychiatric Threatment* 13 (2007) 134-138.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. 'Coping: Pitfalls and Promise', *Osher Center for Integrative Medicine University of California 1* (San Fransisco 2004) 745- 774.
- Halligan, P. & Corcoran, P. 'The impact of patient suicide on rural general practitioners' *Britisch journal of general practice* 51 (2011) 295-296.
- Heeringen, van. C. 'Leren van een suïcide', Commentaar *Tijdschrift voor psychiatrie* 46 (2004) 619.
- Hendin, H. & Pollinger-Haas, A. & Maltberger, J.T. & Szanto, K. & Rabinowicz, H. 'Facotrs contributing to Therapists' distress afther the suicide of a patient', *American journal of Psychiatry* 161(2004) 1442-1446.
- Heyn, de, E. & Pieters, G. & Joos, S. & Gucht, de V. 'Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten', *Tijdschrift voor psychiatrie* 46 (2004), 579-587.
- Jansen, R. 'Heftige gebeurtenissen op het werk, ik vond dat ik ertegen moest kunnen', *Nursing traumatische ervaring* 18 (2016) 16-21.
- Jaspers, J.P.C. & Asma, van, M.J.O. & Bosch, van, den, R.J. 'Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek', *Tijdschrift voor psychiatrie* 31 (1989) 587-595.

- Kerkhof, A.J.F.M. & Arensman, E. & Neeleman, J. & Wilde, de, E.J. 'Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland' *Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie* Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting
- Kolhof, H.J. & Schutter, N. & Hoencamp, E. 'Hoe kunnen psychiaters in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide?', *Tijdschrift voor psychiatrie* 42 (2000) 2, 117-120.
- Lans, van, der, J. 'Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen' *KSGV* 74 (Tilburg 2006) 72-108.
- Lazarus R.S. 'From Psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks', *Annual Reviews Psychology* 41 (1993) 1-21.
- Lazarus R.S. & Launier, R. 'Stress-related transactions between person and environment.' In: L.A. Pervin en M. Lewis (red.), *Theories of emotions: Volume I Emotion: Theory, research, and experience*, Academic Press (New York 1978) 287-327.
- Miller, S., & Mangan, C. E. 'Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: When should the doctor tell all?' *Journal of Personality and Social Psychology* 45 (1983) 223- 236.
- Mönnik, de, H. *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk* (Amsterdam 2008)
- Muthert, H.' Ruimte voor verlies, Geestelijke verzorging in de psychiatrie' *KSGV* 80 (2012)
- Paragement, K.L. *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice.* (New York 1997)
- Park, C.L. 'Meaning, Coping and Health and Well-Being' in Folkman, S. & Nathan, P.E. *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (Oxford 2010) 1-29.
- Penley, T.A. & Tomoka, J. & Wiebe, J.S. 'The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review.' *Journal of behavioral medicine* 25 (2002) 551-603.
- Pieper, J. 'Religieuze coping: ontwikkelingen en onderzoek in Nederland' *Psyche & Geloof* 23(2012) 139-149.
- Rinne-Albers, M.A.W. Reactie op 'Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten' en 'Leren van een suïcide', *Tijdschrift voor psychiatrie* 46 (2004) 885.
- Rinne-Alberts, M.A.W. & Keemink, M.A.J. & Hermans, P.J. & Ploeg, van, der, G.J. 'De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patient', *Tijdschrift voor de psychiatrie* 35(1997) 484-489.
- Roth, S. & Cohen, L.R. 'Approach, Avoidance, and Coping With Stress', *The American Psychological Association* 41 (1986) 813-820.

- Skinner, E.A. & Edge, K. & Altman, J. & Sherwood, H. 'Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping', *American Psychological Association* 56(2003) 216-269.
- Schmidt A. 'Overspanning is burnout? Neen!' *Tijdschr Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 8 (2000) 204-207.
- Stroebe, S. & Schut, H. 'Meaning making in the dual process model of coping with bereavement' Meaning Reconstruction & the experience of loss', *American Psychological Association* 55 (Washington 2002) 55-73.
- Stroebe, S. & Schut, H. 'Models of coping with bereavement: A review' in Stroebe, M. S. & Hansson, H.O. & Stroebe, W. & Schut, H. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care'* (Washington 2001) 375-403.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. 'Coping resources, coping processes, and mental health'. *Annual Review of Clinical Psychology* 3 (2007) 377-401.
- Veerbeek, M. & Knispel, A. & Nuijen, J.' GGZ in tabellen', *Trimbos Instituut* (2009)
- Vries, de, P. & Huisman, A. & Kerkhof, A.J.F.M. & Robben, P,B,M. 'Het non-suicidecontract: een riskant ritueel', *Tijdschrift voor psychiatrie* 50 (2008) 667-671
- Wiley, Stress and Health' *ISI Journal Citation Reports* 34 (2015) 84-101.
- Zimbardo, P.G. & Johnson, R.L. & McCann, V. *Psychologie, een inleiding* (Amsterdam 2009)

Internet sites:

- | | |
|--|-------------|
| www.propersona.nl/Wolfheze . | 09-05-2016. |
| www.transactioneleanalyse.files.wordpress.com/herman-de-monnink . | 11-06-2016. |
| www.verlieskunde.nl/HermandeMönnik | 11-06-2016. |
| http://www.johanmaes.com/upload/DehulpverlenertussenAenNA.pdf | 14-07-2016. |
| http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Sectorrapport%202012 | 29-07-2016. |

praktijk documenten:

- 'Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en suïcidepogingen met ernstig letsel' *patiëntenvereniging ggz 2008-2011*.

Bijlage 1: Onderzoek uitnodiging respondenten

Beste Respondent,

Mijn naam is Melissa Dales en op dit moment ben ik in de afrondende fase van de master Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit in Groningen.

Voor mijn masterscriptie doe ik onderzoek naar copingstrategieën van hulpverleners in de GGZ na een suïcide.

Via meneer X heb ik uw mailadres ontvangen, hij gaf aan dat u in uw professie als Y suïcides hebt meegemaakt en interesse heeft in het onderzoek. Graag zou ik daarover met u in gesprek willen gaan door middel van een interview gericht op persoonlijke coping met de suïcide.

Er zijn een aantal zaken die u vooraf moet weten, alvorens u het besluit kunt nemen of u zou willen participeren.

* Het interview zal worden opgenomen met een dictafoon. Deze opname is in principe alleen bedoeld om een letterlijke, schriftelijke weergave te kunnen geven van het gesprek.

* Alleen als er twijfels bestaan over de integriteit van het onderzoek, kan de examencommissie van de universiteit de audiofragmenten opvragen.

* Het schriftelijke verslag wordt geanonimiseerd en ook de verslaglegging in de scriptie gebeurt anoniem.

* Zowel het audiofragment als het schriftelijke verslag moet vijf jaar bewaard blijven, waarna ze vernietigd worden.

* Het interview zal alleen voor deze specifieke scriptie gebruikt worden, mocht er daarna een reden zijn voor verder gebruik, dan zal daar toestemming voor gevraagd worden.

* Het interview zal 30-45 minuten duren en kan op een rustige plek op uw werkadres worden afgenomen.

* Mocht u, om welke reden dan ook, niet willen participeren dan hoor ik dit ook graag. opgave van reden is hierbij niet nodig.

* Ook mag u zich op ieder moment terugtrekken uit het onderzoek, zonder verplichte opgave van reden.

Ik zou dag X en Y willen voorstellen als mogelijke data voor het interview. Is er een moment dat voor u de voorkeur heeft?

Ik hoop u hiermee voldoende informatie te hebben gegeven, mocht u aanvullende vragen hebben dan hoor ik die uiteraard graag.

Met vriendelijke groeten,
Melissa Dales

Bijlage 2: Interviewvragen

Vragen voor onderzoeksinterview:

In dit interview zal de focus liggen op het individuele proces van verwerking dat de professional heeft doorgemaakt. De antwoorden zullen vervolgens vergeleken worden met theorieën over coping.

1. Zou u willen beginnen met een korte beschrijving van de suïcide zoals deze heeft plaatsgevonden op uw afdeling?
2. Wat was uw band met de overledene¹²¹?
- 3A. Hoe zou u uw emoties omschrijven die u voelde na de suïcide omschrijven¹²²?
- 3B. Hoe hebt u deze emoties ervaren?
- 3C. Hoe bent u met deze emoties omgegaan?
4. In hoeverre hebt u de suïcide als traumatiserend ervaren, als dit het geval is?
5. Heeft u last gehad van nachtmerries ten gevolge van de suïcide¹²³?
6. Heeft de suïcide een verandering in uw denken over uzelf veroorzaakt¹²⁴?
- 7A. Heeft de suïcide een verandering in uw denken over de wereld om u heen veroorzaakt¹²⁵?
- 7B. In hoeverre had u het gevoel dat u opnieuw zin/vorm moest geven aan uw beroepsuitvoering¹²⁶?
- 7C. Zijn er veranderingen in gedrag/denken over suïcide?
- 7D. Zo ja, wat heeft geholpen om dit ook te kunnen?
- 7E. In hoeverre had u het gevoel dat u machteloos was als hulpverlener na de suïcide? Hoe was dat gevoel van machteloosheid voor u? En hoe is dit gevoel nu, nu u er op terugkijkt¹²⁷. Wat is er in de tussentijd veranderd?
8. Hoe was/is het om de fysieke plekken te bewandelen waar meneer/mevrouw altijd was¹²⁸?
- 9A. Wat zijn momenten die lastig waren/zijn met betrekking tot de overledene¹²⁹?
- 9B. Hoe kijkt u nu als professional terug op de suïcide?
- 9C. Hoe gaat u nu verder op de werkplek?
10. Is er nog iets wat u zou willen toevoegen aan het interview?

¹²¹ Allen, J.G. 'Coping with trauma' *The menniger Clinic, peronalising the science of mental health* www.mennigerclinic.com 22-03-2016, 2.

¹²² Ibidem, 3. (schaamte, schuld, boosheid en angst na trauma)

¹²³ idem. (the effect of trauma, Trauma en memory)

¹²⁴ ibidem, 4. (Trauma and the 'self')

¹²⁵ idem.

¹²⁶ Attig, T. 'relearning the world', 33.

¹²⁷ Ibidem, 36.

¹²⁸ ibidem, 39.

¹²⁹ Idem.