

**Postprint version** :  
**Journal website** : [https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547\\_Handboek-suïcidaal-gedrag?\\_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771](https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547_Handboek-suïcidaal-gedrag?_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771)  
**Pubmed link** :  
**DOI** :

This is a Nivel certified Post Print, more info at [nivel.nl](http://nivel.nl)

## 34 Nabestaanden

### Derek de Beurs

1. Wie is een nabestaande?
  1. Jongeren als nabestaanden
2. Rouw na suïcide
  1. Schuldgevoel
  2. Zingeving
3. Postventie
  1. Lotgenotencontact
  2. Familiegerichte cognitieve gedragstherapie
  3. Onlinesupport
4. EMDR
5. Hulpverleners als nabestaanden
6. Nabestaanden betrekken bij intern onderzoek na een suicide
7. Tot besluit Literatuur

Pas sinds de jaren zestig van de vorige eeuw is er aandacht voor de nabestaanden van een suïcide. Het recente rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie over suïcidepreventie erkent dat nabestaanden van suïcide een kwetsbare groep vormen die voor een lang en moeilijk proces kunnen staan voor ze weer verder met hun eigen leven kunnen. Nabestaanden van een suïcide hebben een verhoogd risico van mentale en sociale problemen, met inbegrip van suïcidaal gedrag. Interventie op verschillende niveaus (individueel en via de community) wordt daarom ook aangeraden. We spreken dan van postventie: alle activiteiten ontwikkeld door, met of voor nabestaanden van een suïcide, met als doel het herstelproces na een suïcide te bespoedigen en calamiteiten zoals suïcidaal gedrag te voorkomen. Postventie kan bestaan uit samenkomsten in lotgenotengroepen, community-interventies, onderzoek en beleid gericht op nabestaanden.

#### 1 Wie is een nabestaande?

Aangenomen wordt dat iemand die overlijdt ten gevolge van suïcide gemiddeld zes mensen uit zijn directe omgeving nalaat. Een nabestaande kan worden gezien als iemand die intiem en direct geraakt wordt door het overlijden. Het hebben van een directe familielid is daarbij van belang. Wanneer nabestaanden wordt gevraagd een schatting van de impact van de suïcide op de omgeving te geven blijkt dat het nogal uitmaakt aan wie deze schatting gevraagd werd. Ouders schatten het aantal nabestaanden na de suïcide van hun kind op 80, terwijl dat aantal bij broers, zussen en vrienden

tussen de 45 en 50 bedraagt. Wanneer je als criterium neemt dat een nabestaande dagelijks contact moet hebben gehad met de overledene, komt de schatting op vier tot zeventien nabestaanden. Een recente meta-analyse liet zien dat een op de twintig mensen aangaf het afgelopen jaar met suïcide in aanraking te zijn geweest, en een op de vijf gedurende hun leven. Dit betekent dat in Nederland en Vlaanderen jaarlijks enkele tienduizenden mensen te maken hebben met de gevolgen van een suïcide.

### 1.1 Jongeren als nabestaanden

Jongeren zijn relatief vaak nabestaande van suïcides. Toch is er tot op heden weinig aandacht geweest voor deze groep van nabestaanden. Volgens de eerder aangehaalde meta-analyse heeft een op de vijftientig jongeren het afgelopen jaar te maken gehad met een suïcide, en een op de zes gedurende hun (relatief korte) leven. Juist voor jongeren is een goede postventie van belang, omdat ze kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van psychopathologie dan oudere nabestaanden. Jongeren hebben een vergrote kans risicovol gedrag te gaan vertonen, zoals bingedrinken, vechten, drugsgebruik en zelfbeschadigend gedrag. Er ontstaan problemen op school en met sociale relaties. Jongeren laten meer internaliserend gedrag zien. Wanneer een ouder zich heeft gesuïcideerd, kunnen kinderen zowel door genetische belasting als door de leerervaring met suïcide een verhoogd risico hebben zelf ook suïcidaal gedrag te vertonen. Postventie voor jongeren, zoals lotgenotencontact en familiegerichte cognitieve gedragstherapie, wordt verderop besproken.

### Rouw na suïcide

Rouw is een dynamisch en gezond proces dat hoort bij het leven. Na het verlies van een dierbare zijn verdriet en enige mate van ontwrichting te verwachten, maar bij de meesten gaat dit binnen een aantal maanden tot een jaar weer over. Algemeen wordt aangenomen dat rouw voor iedereen persoonlijk en uniek is in intensiteit, duur, betekenis en uitingsvorm. We spreken van gecompliceerde rouw wanneer rouw het gehele leven inneemt en de dagelijkse taken en het algemeen functioneren bemoeilijkt. Een verlies door suïcide kan ook leiden tot symptomen van een posttraumatische stressstoornis (ptss). Typische ptss-symptomen zoals de herbeleving van het overlijden of de begrafenis, vermijdingsgedrag rondom de traumatische ervaring, en het rumineren over de emotionele en fysieke pijn van de overledene gedurende de suïcides komen relatief veel voor. Doordat ptss vaak gepaard gaat met symptomen van depressie en angst en met andere vaak voorkomende symptomen van rouw, is het niet altijd eenduidig waar de klachten vandaan komen en wat de beste therapie is.

De vraag is in hoeverre rouw na suïcide anders is dan rouw na een natuurlijk overlijden en tevens of gecompliceerde rouw met ptss-symptomen nu vaker voorkomt bij nabestaanden van een suïcide dan bij andere nabestaanden. Dit is nog steeds een open vraag. Verschillende studies lieten zien dat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn tussen groepen van nabestaanden. Elementen zoals vermijding, traumatisering en stigmatisering worden vaak gezien als typisch voor rouw na suïcide, maar komen in feite ook voor na overlijden door bijvoorbeeld kanker of aids. Thema's die na een overlijden door suïcide wel extra sterk naar voren komen, zijn schuldgevoel en het zoeken naar verklaringen.

### Schuldgevoel

Meer dan bij een andere manier van overlijden vragen nabestaanden bij een suïcide zich af wat hun rol is geweest bij het overlijden. Waarom hadden ze de suïcide niet zien aankomen? Hadden zij de suïcide kunnen voorkomen? Daar komt nog eens bij dat anderen zich ook afvragen hoe iemand tot suïcide is gekomen en de (directe) nabestaanden daar dan een antwoord op moeten zien te formuleren. Uit een kwalitatieve studie bij vijftig nabestaanden kwam naar voren dat nabestaanden van een suïcide laveren tussen de posities van slachtoffer en schuldige. In de rol van slachtoffer geven nabestaanden aan zich machteloos te voelen, want ze kunnen niets meer doen aan het

overlijden. Als schuldige zijn ze streng voor zichzelf en dichten ze zichzelf een actieve rol bij het overlijden toe. Ze hebben immers niks kunnen doen om het overlijden te voorkomen, of ze denken zelfs iets te hebben gedaan wat de suïcide heeft veroorzaakt. Doorgaans reageren nabestaanden hierop door zich sociaal te isoleren, omdat ze vinden dat ze de steun van anderen tijdens het verwerkingsproces niet verdienen. Een belangrijk deel van het verwerken van de suïcide is om met deze twee rollen om te leren gaan. Nabestaanden geven aan dat de eerste stap van verwerking is om onophoudelijk te zoeken naar aanwijzingen van hun eigen rol. Alle woorden, daden en feiten in de aanloop naar de suïcide worden keer op keer gewogen om zo een verklaring te vinden. Vooral de relatie die een nabestaande had met de overledene, komt onder de loep te liggen. De nabestaanden proberen te bevatten hoe de relatie die zij hadden met de overledene zich verhoudt tot de suïcide. Tijdens de tweede stap wordt gekeken naar andere factoren die een rol kunnen hebben gespeeld, zoals de rol van de familie, externe factoren en psychiatrische factoren. In de laatste stap proberen nabestaanden tot vrede te komen met de suïcide en hun eigen rol erin. Ze leren door tijd en begeleiding de suïcide in de juiste context te plaatsen en kunnen zo neutraler naar hun eigen rol kijken. Ze zien beter welke rol ze echt gespeeld hebben en laten zo de zelfbeschuldiging varen.

### Zingeving

Een abrupt overlijden door een ongeluk, moord of suïcide zorgt ervoor dat de wereld voor een nabestaande uit elkaar valt. Wat logisch was, is dat niet meer. De wereld moet worden gereconstrueerd. Verschillende studies laten zien dat de mate waarin het nabestaanden is gelukt zin te geven aan het verlies, een betere voorspeller van de ernst van de rouw was dan bijvoorbeeld de tijd sinds het overlijden. Steun wordt vaak gevonden in religie en de gemeenschap, al kunnen nabestaanden ook juist gaan twifelen aan hun geloof. Hoewel de meeste nabestaanden niets liever willen dan het onomkeerbare omkeerbaar maken, geven nabestaanden ook aan dat ze door het verlies een dieper gevoel van zingeving ervaren. Het moeten reconstrueren van het leven en het herschrijven van een eigen narratief leveren voor sommigen een nieuwe en diepere relatie met anderen, zichzelf en de wereld op.

Verschillende technieken om nabestaanden te helpen bij het vinden van zingeving zijn beschikbaar in handboeken voor klinici die werken in het veld van de rouwverwerking. Voorbeelden zijn het maken van een narratief rondom het overlijden, in plaats van het onderwerp te vermijden, en het plaatsen van het verlies in de context van eerdere levens-ervaringen. Verschillende studies tonen de positieve effecten van bijvoorbeeld het actief beschrijven van zingeving na een overlijden in vergelijking met schrijven over neutrale onderwerpen. Deze studies richtten zich doorgaans niet specifiek op nabestaanden van suïcide, zodat er nog weinig bewijs is op het gebied van interventies rondom zingeving voor nabestaanden van suïcide.

### Postventie

Ongeveer 50 jaar geleden introduceerde Edwin Shneidman de term postventie, als een aanvulling op de termen preventie en interventie. Een postventie richt zich op de nabestaanden ná de suïcide. De Wereldgezondheidsorganisatie noemt postventie voor nabestaanden van suïcide een belangrijke strategie om nieuwe suïcides te voorkomen. Onder postventie kunnen alle initiatieven gericht op nabestaanden van suïcide vallen, zoals lotgenotencontact, familiegerichte cognitieve gedragstherapie en online-interventies.

### Lotgenotencontact

Door het stigma rondom suïcides en door de heftigheid van de ervaring is het voor nabestaanden aantrekkelijk een groep lotgenoten te zoeken. Een groep lotgenoten biedt een therapeutische en veilige omgeving voor nabestaanden om hun verlies te verwerken. Lotgenotengroepen kunnen zowel naast als in plaats van individuele therapie bezocht worden. Hoewel niet alle

lotgenotengroepen zich specifiek op nabestaanden van suïcide richten, blijkt toch dat nabestaanden van suïcide vooral steun zoeken bij andere nabestaanden van suïcide. De groepen kunnen worden begeleid door een professional, die de structuur en de veiligheid bewaakt, maar de afgelopen jaren startten vooral groepen waar de lotgenoten dit zelf doen. Sommige lotgenoten vinden de aanwezigheid van professionals juist niet wenselijk, onder andere omdat ze lotgenotengroepen niet als therapie zien of geen vertrouwen hebben in professionals. Groepen kunnen open of gesloten zijn. De open groepen zijn niet gestructureerd en hebben geen specifieke agenda; leden kunnen komen wanneer ze willen. Bij gesloten groepen zijn er meestal 8-10 sessies waarin een strak protocol wordt doorlopen en waar je je niet halverwege bij kunt voegen.

Een recent Europees overzicht liet zien dat het aantal landen waarin groepen worden georganiseerd en het aantal groepen per land de afgelopen jaren enorm zijn toegenomen. Overigens is de effectiviteit van lotgenotengroepen niet onomstreden. Verschillende gecontroleerde studies laten zien dat deelname aan een lotgenotengroep geen significante effecten had op de deelnemers vergeleken met controlegroepen. Een studie vond zelfs dat deelname aan lotgenotengroepen voor meer gevallen van gecompliceerde rouw zorgde, maar het is goed mogelijk dat juist deelnemers met een verhoogd risico deelnemen aan deze lotgenotengroepen.

In Vlaanderen biedt Werkgroep Verder opvang voor nabestaanden van een suïcide ([www.werkgroepverder.be](http://www.werkgroepverder.be)). Slachtofferhulp Brussel biedt lotgenotengroepen voor kinderen tussen 4 en 18 jaar. Ook in Nederland zijn er verschillende lotgenotengroepen. Informatie daarover is onder andere beschikbaar via de Ivonne van de Ven Stichting ([www.ivonne-vandevenstichting.nl](http://www.ivonne-vandevenstichting.nl)).

### **Familiegerichte cognitieve gedragstherapie**

Familiegerichte cognitieve gedragstherapie (fgt) is een interventie met familieleden of directe naasten van vier à vijf bijeenkomsten. De bijeenkomsten worden begeleid door ervaren hulpverleners, met ervaring in zowel cognitieve gedragstherapie als groepsdynamiek. De familieleden bepalen de locatie (bijvoorbeeld thuis) en wie erbij zal zijn. De ervaring leert dat ouders jonge kinderen niet erbij willen betrekken en dat jongeren tussen 13 en 18 jaar niet te motiveren zijn om mee te doen. Globaal zijn de doelen van fgt om psycho-educatie te verzorgen omtrent rouw en suïcide, om te werken aan de samenhang binnen gezinnen en om te zorgen voor een verbetering van probleemoplossingsvaardigheden. Een gerandomiseerde studie liet zien dat fgt beter helpt om te gaan met schuldgevoelens dan contact met bijvoorbeeld de huisarts of vrienden. fgt zorgde ook voor het gevoel het verwerkingsproces aan te kunnen en voor een subjectieve verbetering van de familierelaties. fgt resulteerde echter niet in minder gevallen van gecompliceerde rouw, depressie of suïcide-ideatie. Ter ondersteuning van fgt is het boek *Verlies door suïcide. Werkboek voor nabestaanden* beschikbaar.

### **Onlinesupport**

Onlinesupport speelt een steeds grotere rol in suïcidepreventie, ook voor nabestaanden. Onlinetools zijn laagdrempelig en anoniem, en worden steeds meer aangeboden. Ze worden doorgaans verdeeld in drie categorieën: passief, actief en interactief. In de eerste categorie vallen sites waar vooral informatie en advies wordt gedeeld. Actieve tools zijn bijvoorbeeld onlinezelftests om je eigen situatie beter in te leren schatten of een digitale zelfhulp cursus. Interactieve programma's bestaan uit onlinetherapieën of chatmogelijkheden waarbij men daadwerkelijk een interactie met iemand anders aangaat. De site van Zelfmoord1813 in Vlaanderen ([www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be)) of 113 Zelfmoordpreventie in Nederland ([www.113.nl](http://www.113.nl)) biedt zowel informatie als tests en de mogelijkheid van onlinetherapie en chatten. Toch is de informatie voor nabestaanden relatief beperkt. 113 had een nabestaandenforum, maar dat is wegens gebrek aan interesse opgeheven. Uiteraard kunnen nabestaanden die met suïcidale gedachten zitten wel bij de chat terecht.

Een kwalitatieve studie naar onlinesupportgroepen in België en Nederland liet zien dat nabestaanden onlineforums vooral gebruiken om persoonlijke ervaringen omtrent rouw en verwerking te delen. Steeds vaker wordt een Facebookpagina ter herinnering aan de overledene opgericht. De pagina dient vooral om anderen te informeren en om mensen de gelegenheid te geven iets achter te laten: een manier om de gedachte aan de overledene in leven te houden. Maar zo'n pagina kan ook stress opleveren door ongepaste reacties of angst voor copycatgedrag. Daarnaast kan het voor nabestaanden kwetsend zijn als de interactie op de pagina na verloop van tijd minder wordt. De effectiviteit van onlinetools is niet aangetoond. Nabestaanden en professionals wijzen ook op de negatieve kant van onlinetools, zoals stigmatisatie en het vermijden van face-to-facecontact. Voor meer informatie over suïcidepreventie online, zie hoofdstuk 19.

## EMDR

Een steeds vaker ingezette vorm van behandeling bij traumaverwerking is eye movement desensitization and reprocessing (emdr). emdr is bij toeval ontdekt door Shapiro (1995), die erachter kwam dat wanneer het ophalen van een trauma gepaard gaat met het aanbieden van een bilaterale sensorische stimulus, het trauma beter verwerkt kan worden. Hoewel emdr in eerste instantie sceptisch werd ontvangen wegens het gebrek aan een duidelijk begrip van het werkingsmechanisme, wordt ze nu door een brede groep therapeuten en onderzoekers gezien als een effectieve therapie voor traumaverwerking. In de hoogge- waardeerde nice-guidelines wordt emdr zelfs als voorkeurstherapie voor alle patiënten met ptss aanbevolen. Aangezien suïcide bij sommige nabestaanden voor symptomen van ptss kan zorgen, gebruiken hulpverleners emdr om nabestaanden te helpen bij de rouw- verwerking. emdr kan bijvoorbeeld worden ingezet om visuele herbelevingen, intrusies en schuldgevoelens rondom de suïcide te behandelen. Toekomstige studies moeten aantonen of emdr inderdaad een effectieve therapie is om ptss-symptomen bij nabestaanden van suïcide te behandelen.

## Hulpverleners als nabestaanden

Circa 40% van de suïcides in Nederland vindt plaats binnen de ggz. De hulpverlener in de ggz komt dus gedurende zijn loopbaan meermalen in aanraking met patiënten die overlijden door suïcide. Huisartsen worden ongeveer eens per vijf jaar geconfronteerd met een suïcide. Voor hulpverleners is dit een traumatiserende ervaring. Toch delen professionals niet vaak met collega's of nabestaanden dat een suïcide ook hen persoonlijk raakt. Dit is nog steeds een taboe. Hulpverleners zijn bang voor het oordeel van collega's en voor een klacht van de inspectie of de familie. Net zoals familie of vrienden ervaren hulpverleners gevoelens van schuld, verdriet en boosheid. Ze vragen zich net als andere nabestaanden af wat zij fout hebben gedaan en of ze de suïcide hadden kunnen of moeten voorkomen. Bij huisartsen bleken het bijwonen van de begrafenis, het wonen in dezelfde omgeving en het weten van het psychisch lijden van de patiënt de mate van impact van een suïcide te voorspellen. Over het algemeen geldt: hoe intenser de relatie met de patiënt, hoe heftiger de reactie op een suïcide. Professionals geven aan dat ze na een suïcide aan zichzelf en hun professionele capaciteit zijn gaan twijfelen. Sommige hulpverleners willen niet meer met suïcidale patiënten werken, zijn bang voor juridische gevolgen of stoppen zelfs met hun vak. Vrouwelijke hulpverleners en onervaren hulpverleners hadden het meest last van een suïcide. In een studie onder huisartsen gaven sommigen aan dat ze nooit met nabestaanden over de suïcide hebben durven praten, zelfs niet wanneer de nabestaanden patiënten waren van de huisarts. Hulpverleners kunnen ook groeien na een suïcide. Ze worden sensitiever voor waarschuwingssignalen, vergaren meer kennis over effectieve interventies en hebben meer zicht op hun eigen (on)vermogen omtrent suïcidaliteit. Van belang is dat de organisatie een veilige context biedt voor hulpverleners om de suïcides te verwerken en ervan te leren.

Het is zaak dat hulpverleners tijdens hun opleiding en nascholing genoeg vaardigheden en kennis opdoen inzake suïcidaliteit. Ze zullen dan vaker het gevoel hebben dat ze alles hebben gedaan wat ze konden, in plaats van dat ze het gevoel hebben niet goed te hebben doorgevraagd of signalen te hebben gemist.

### **Nabestaanden betrekken bij intern onderzoek na een suïcide**

De meeste ggz-instellingen hebben een formeel stappenplan voor hoe te handelen na een suïcide, maar de nabestaande speelt hier een relatief kleine rol in. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat nabestaanden uiteraard wel geïnformeerd worden na een suïcide, maar niet direct betrokken worden bij het leren van de suïcide, bij het opstellen van de interne rapportage of bij de melding aan de inspectie. En dat terwijl nabestaanden vaak extra informatie over de overledene hebben die een organisatie kan helpen bij het verbeteren van de eigen zorg. Ook kan een actieve rol bij de afhandeling van een suïcide de nabestaande helpen in het rouwproces. Hij of zij krijgt het gevoel dat er van de suïcide geleerd wordt, dat deze niet voor niets is geweest. Weinig is bekend over hoe je nabestaanden het best kunt betrekken bij dit proces. Zowel bestuurders van ggz-instellingen als hulpverleners en familievertrouwenspersonen gaven aan dat het goed is nabestaanden meer erbij te betrekken, maar ook dat dit helemaal niet eenvoudig of voor iedere nabestaande mogelijk dan wel wenselijk is. Sommige nabestaanden zouden deze rol helemaal niet willen of kunnen opnemen. Belangen in het kader van de behandeling kunnen soms op gespannen voet staan met de ideeën en behoeften van familieleden over een goede behandeling. Over het algemeen waren de respondenten het erover eens dat het vooral van belang is familie en naasten vanaf het begin van de behandeling zo goed mogelijk erbij te betrekken. Wanneer gewerkt wordt aan een vertrouwensband met naasten vóór een calamiteit heeft plaatsgevonden, zal het gemakkelijker zijn naasten/nabestaanden erbij te betrekken en te begeleiden na een suïcide.

### **Tot besluit**

Nabestaanden van suïcide vormen een kwetsbare groep die aandacht verdient. De afgelopen jaren is er meer onderzoek gedaan en zowel in Nederland als in Vlaanderen worden nabestaanden meer betrokken bij het ontwikkelen van suïcidepreventiebeleid. Er zijn verschillende vormen van postventie, zoals lotgenotengroepen, familiegerichte cognitieve gedragstherapie en emdr. De effectiviteit van postventie om gecompliceerde rouw of suïcidaal gedrag te verminderen is nog niet aangetoond.

### **Literatuur**

1. Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47.
2. Andriessen, K., Dudley, M., Draper, B., & Mitchell, P.B. (2017). Suicide bereavement and postvention among adolescents. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 27-38). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
3. Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O.T. (2017a). Current understandings of suicide bereavement. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 3-16). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
4. Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O.T. (red.) (2017b). *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
5. Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: a meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113-120.

6. Arensman, E., & McCarthy, S. (2017). Emerging survivor populations: support after suicide clusters and murder-suicide events. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
7. Bouwman, R., Graaff, B. de, Beurs, D. de, Bovenkamp, H. van de, Leistikow, I., & Friele, R. (2018). Involving patients and families in the analysis of suicides, suicide attempts, and other sentinel events in mental healthcare: a qualitative study in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), pii: E1104.
8. Dransart, D.A.C. (2017). Feeling responsible pathways from guilt toward inner peace. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 60-70). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
9. Dransart, D.A.C., Treven, M., Grad, O.T., & Andriessen, K. (2017). Impact of client suicide on health and mental health professionals. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 245-254). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
10. Groot, M. de, & Keijser, J. de (2005). *Verlies door suïcide. Werkboek voor nabestaanden*. Kampen: Ten Have. Groot, M. de, & Keijser, J. de (2010). De opvang van nabestaanden na een suïcide. In: A. Kerkhof & B. van Luyn (red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 235-261). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
11. Groot, M. de, Keijser, J. de, Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334(7601), 994-996.
12. Huisman, A., Robben, P., & Kerkhof, A. (2010). Melding van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65(6), 499-506.
13. Krysinska, K., & Andriessen, K. (2017). Online suicide bereavement and support. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 197-211). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
14. McIntosh, J.L. (2017). Characteristics and effectiveness of suicide survivor support groups. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 117-130). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
15. McIntosh, J.L., Bolton, I., Andriessen, K., & Campbell, F. (2017). History of survivor support. In:
16. K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 101-116). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
17. National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Posttraumatic stress disorder: the management of PTSD in primary and secondary care*. Londen: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
18. Neimeyer, R., & Sands, D. (2017). Suicide loss and the quest for meaning. In: K. Andriessen, K. Krysinska & O.T. Grad (red.), *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support* (pp. 71-84). Boston, MA: Hogrefe Publishing.
19. Schotanus-Dijkstra, M., Havinga, P., Ballegooijen, W. van, Delfosse, L., Mokkenstorm, J., & Boon, B. (2014). What do the bereaved by suicide communicate in online support groups? *Crisis*, 35(1), 27-35.
20. Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.
21. Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York, NY: Guilford Press.
22. World Health Organization (2014). *Preventing suiciding: A global imperative*.