

NAAR EEN INTEGRATIEF ROUWMODEL*IMPLICATIES VOOR ROUWBEGELEIDING EN ROUWTHERAPIE***1.1***Johan Maes*

*Hijzelf, het kind, is dood.
 Bijna vat ik de betekenis
 Van de klanken: kind, is dood.
 En ik erken daarmee
 Dat waarheid in die woorden steekt.
 Hij is dood,
 Is dood.
 Maar zijn dood
 Is niet dood.
 Alleen: het breekt mijn hart, mijn schat,
 Te denken dat ik –
 Dat het kan –
 Dat ik daarvoor woorden heb gevonden.*

– David Grossman, *Uit de tijd vallen*, 2011

Woorden vinden voor het vaak onuitsprekbare. Woorden vinden voor rouw is de uitdaging voor onze cultuur, voor onze spreekkamer, voor dit handboek. Welke woorden gebruiken we in het maatschappelijke discours en in onze hulpverleningspraktijk om met verlies en rouw om te gaan en er betekenis aan te geven? Rouw is vaak rauw, ingrijpend en intens, hartbrekend! Binnen de context van de hulpverlening worden we er dagelijks mee geconfronteerd en hulpverleners zijn op zoek naar meer houvast, naar inzicht en kennis, naar tools en hulpmiddelen, naar theoretische kaders en kapstukken. Dit handboek wil daaraan tegemoetkomen, beseffend dat verlies en rouw in de eerste plaats existentiële fenomenen zijn die deel uitmaken van ieders leven. We kunnen dit werk slechts doen met groot respect voor de kwetsbaarheid en kracht, de moedeloosheid en de moed die we *in* ons en *buiten* ons ontmoeten.

In dit eerste hoofdstuk probeer ik een algemeen beeld te schetsen van de paradigmaverandering die plaats heeft gevonden binnen de rouwwereld en de rouwcultuur en de implicaties daarvan voor rouwzorg, i.c. rouwbegeleiding en rouwtherapie. Voor wetenschappelijke referenties en duiding verwijs ik naar het vorige handboek *Leven met gemis* (Maes, 2007), naar het boek *Je bent wat je hebt verloren* (Maes en Dillen, 2015)¹ en naar de volgende hoofdstukken in dit nieuwe handboek.

Ik wil hier vooral een aantal basiscomponenten belichten van het ‘oude’ rouwmodel dat als standaard werd (en nog wordt) neergezet en dat het gangbare rouwdiscours domineerde/ domineert.

Vervolgens wil ik op basis van het wetenschappelijk onderzoek van de laatste decennia een aantal algemene tendensen, grondgedachten en evoluties schetsen die hun neerslag vinden in een integratief rouwmodel dat gebaseerd is op een ontwikkelingsperspectief.

In het tweede deel ga ik tot slot dieper in op de implicaties van deze nieuwe evoluties voor de hulpverlening en hoe we die nieuwe ontwikkelingen kunnen integreren in de begeleiding en behandeling van soms complexe en traumatische rouwprocessen.

1. NAAR EEN NIEUW ROUWPARADIGMA

De nieuwe golf van rouwtheorieën is de uitdrukking van een paradigmaverandering in onze ideeën over de aard van het rouwproces.

– Robert Neimeyer, 2006

1.1 De componenten van het standaardrouwmodel: de rouwverwerking vanuit een deficiet-perspectief

Het cliché dat verlies verwerkt moet worden voor je verder kunt suggereert dat rouwen iets is waar je een streep onder kunt zetten. We krijgen vaak de aansporing om ons over een verlies ‘heen te zetten’, maar mensen die een geliefde hebben verloren of anderszins tragische verliezen hebben meegemaakt weten maar al te goed dat het er niet zozeer om gaat dat je je over een verlies heen zet en doorgaat met je leven, maar dat je een manier vindt om dat verlies te integreren in je leven. Leven met verlies, daar gaat het om!

– Darian Leader, 2011

Het standaardrouwmodel vertrekt vanuit de idee of het perspectief dat verlies iets negatiefs is en rouw een niet goed functioneren van het individu. Rouw is een *deficiet (deficit)*, een gebrek of tekort, iets afwijkends of een deficiëntie: problemen of klachten moeten opgelost worden, zo vlug mogelijk weggewerkt, door het individu ‘verwerkt’. Het dominante culturele perspectief is een medisch model dat een simpele opdeling maakt tussen gezond en ziek, normaal en pathologisch. Het individu wordt uitsluitend in een klinische setting gezien, als het ware afgescheiden van sociale, historische, culturele inbedding. Het rouwende individu past zich goed (normaal) of niet goed (abnormaal) aan het verlies aan, staat als het ware los van zijn interactie met de omgeving en de socio-culturele waarden en normen.

De focus ligt op de kwetsbaarheid, de *kwetsuur*, de wonde die door het verlies is gemaakt en moet genezen (of ettert). Rouw bestaat – naar analogie van fysieke klachten en stoornissen – uit een opsomming van klachten en problematische reacties of symptomen (lichamelijk, emotioneel, mentaal, existentieel...) die door het individu via het ‘rouwwerk’ kunnen / moeten worden aangepakt. De aandacht gaat uitsluitend naar de risicofactoren, die kun-

nen leiden tot een ongezond rouwproces of die het rouwproces bemoeilijken of hinderen: bijvoorbeeld mindere kwaliteit van de relatie, gewelddadige omstandigheden of het onverwachte van het verlies, de eigen persoonlijkheid, de te jonge of te oude leeftijd... Met positieve psychologie, de kracht van positieve emoties, wordt geen rekening gehouden. Positieve gevoelens worden gezien als een uiting van pathologie, d.w.z. een vorm van ontkenning of uitstellen van de 'echte' rouw. Kortom, het individu moet genezen, herstellen en weer goed leren functioneren. De eerste rouwliteratuur wordt door psychiaters geschreven vanuit hun klinische praktijk (Freud, Lindemann, Parkes, Kübler-Ross, Bowlby, Worden). De symptomatologie staat centraal en deze symptomen worden gegeneraliseerd naar alle rouwendenden. Zo ontstaat een universeel en normatief standaardmodel van rouw.

Eric Lindemann schreef in 1944 een baanbrekend artikel, 'The symptomatology and management of acute grief'. Rouwreacties zoals zich identificeren met de overledene, lichamelijke pijn, schuldgevoelens, de onmogelijkheid om te kunnen functioneren als voor het verlies, het niet kunnen loslaten van de relatie met de overledene (wat we nu als normaal beschouwen en wat zelfs gezond kan zijn) worden bij Lindemann klachten of symptomen die via 'rouwwerk' kunnen worden aangepakt, zodat de band met het verloren object kan worden doorgeknipt.

In dit model staat het *rouwwerk*, de rouwarbeid of de rouwverwerking centraal als enige norm, die als het ware voorgeschreven wordt voor elke rouwende. Het is een uniform proces. Dit houdt in dat elk individu in de eerste plaats het verlies moet erkennen en daarna de pijnlijke emoties, die daarvan het gevolg zijn, moet doorleven of doorwerken. De confrontatie met, de ervaring van en de expressie van pijnlijke emoties staan centraal. Als men de pijnlijke emoties doorwerkt, dan lost de rouw op. Men moet er doorheen om er weer gelouterd (katharsisperspectief) uit te kunnen komen, een nieuw evenwicht te vinden, het een plaats te geven, het te accepteren en de draad van het leven weer op te nemen. Deze woorden en uitdrukkingen zijn ook de kernwoorden van de bij dit model horende discours en hulpverlening, waarbij men alle rouwendenden helpt om door dit proces te gaan. Hierbij gaat men ervan uit dat het voor iedereen gezond is om emoties te uiten, ze niet op te kroppen of ze niet te verdringen en dat dit ook het doel is van het rouwproces.

Rouw wordt met andere woorden gereduceerd tot de *rouwpijn*, meer in het bijzonder de scheidingspijn als een puur affectief programma met biologische wortels (pijn, angst, verdriet, gemis en zoekgedrag). Rouw wordt herleid tot de pijnlijke emoties, vooral het verdriet – en ook de boosheid, depressie, schuld –, die men voelt na een verlies. Het is dan ook van belang dat het verdriet of de emotionele pijn – waarvan men verwacht dat die kort na het verlies intens ervaren zullen worden – verminderen na verloop van tijd. Wordt er door de rouwende geen pijn ervaren, dan wordt de rouw ontkend of uitgesteld. Is er te lang te hevige pijn, dan wordt de rouw verlengd of chronisch. In beide gevallen is er sprake van pathologie. Doordat rouw herleid wordt tot de pijn zie je vaak dat nabestaanden de pijn blijven vasthouden, omdat dit de enige manier is om te rouwen, d.w.z. om te laten zien (aan zichzelf en anderen) dat ze van hun overleden dierbare houden.

Er is dus sprake van een identificeerbaar, normaal psychologisch rouwproces met standaard-

karacteristieken. Kortom, binnen dit model is er een *standaardproces* dat mensen – al naargelang de theorie – via stadia of fasen moeten doorlopen of via taken die vervuld moeten worden. Hoewel door de ontwerpers de chronologische of lineaire volgorde wordt gerelativeerd, wordt deze toch impliciet gesteld.

Het doel van het rouwwerk is het kunnen *loslaten* van de emotionele band met het verloren object (van wat verloren is), afscheid nemen zodat men verder kan in het leven en de draad weer opnemen of de emotionele energie weer investeren in een nieuwe relatie. Loslaten wordt dan gebruikt in de betekenis van achter je laten, afscheid nemen, er niet meer aan denken, niet meer huilen als je over je verlies spreekt, je hebt het verwerkt, afgewerkt, afgerond en het kan nu 'een plek' krijgen zodat je verder kunt.

Rouwen gebeurt *intrapsychisch*, in de privé sfeer: rouw is iets wat individuen doormaken en uitdrukken, los van hun context. De mate van steun wordt wel als mediërende factor beschouwd, maar uiteindelijk is het het individu zelf dat zijn verlies in de eigen psyche moet verwerken, als een bijna automatisch gebeuren, en dat volgens de gangbare normen en verwachtingen.

Er is vlug nood aan (professionele) *hulp*. Als rouw wordt begrepen als een algemeen maatschappelijk probleem bij verlies is het van belang dat elke rouwende bijna standaard geholpen wordt bij zijn of haar verwerkingsproces. Bijvoorbeeld het starten met antidepressiva na een verlieservaring, het doorverwezen worden naar een psycholoog kort na een overlijden van een kind of partner, deelnemen aan een gespreksgroep. Counseling wordt aanbevolen. De omgeving zal vlug aanraden om professionele hulp in te schakelen bij het verwerkingsproces, alsof de rouwende niet over eigen krachten en hulpbronnen beschikt om met het verlies om te gaan.

Rouwen heeft een conserverende, *restauratieve* functie: herstel van het evenwicht (homeostase), d.w.z. weer de draad kunnen opnemen, weer 'de oude' worden of weer kunnen functioneren als voorheen...

Rouw is *statisch* in de zin dat het een nogal vast verloop kent met een begin en een einde, maar ook in de zin dat het als het ware iets materieels is dat je een plaats geeft, opbergt in een lade om er niet meer naar om te hoeven kijken.

Het rouwproces verloopt in deze visie *lineair*, progressief in de tijd. Het begint met hoge intensiteit (al of niet na een periode van shock of ontkenning) en geleidelijk leidt het tot bewustwording en herstel, en tot slot tot een eindpunt. Soms wordt dit ook uitgedrukt in tijd: er wordt uitgegaan van een tijdsspanne van bijvoorbeeld één jaar of anderhalf jaar, voor verlies van een kind wordt meer tijd uitgetrokken, bijvoorbeeld zeven jaar.

Rouwen is in het standaardmodel universeel en *homogeen*. Het model gaat uit van een min of meer homogene reactie op stress/verlies in de bevolking. Rouwverwerking verloopt voor iedereen via een aantal stadia of fases of taken² die door elkaar kunnen lopen maar toch tot een goed einde moeten worden gebracht.

Is het rouwmodel lineair, circulair of in golven, het doel van elk rouwproces is hetzelfde: te komen tot het erkennen en (emotioneel) verwerken van het verlies, waardoor we kunnen loslaten en afscheid kunnen nemen, tot het kunnen aanvaarden of een plaats geven van het verlies en verder kunnen leven zonder de verloren relatie.

1.2 Kritiek op het standaardmodel

Dit standaardrouwmodel wordt tot op de dag van vandaag nog onderwezen aan toekomstige hulpverleners. Ondanks de publieke acceptatie van dit standaardrouwmodel heeft evenwel geen enkel wetenschappelijk onderzoek de geldigheid ervan kunnen aantonen. Het zijn dan ook rouwmythes (Silver & Wortman, 2002) of rouwsluiers in onze cultuur (van den Bout, 1996).

Deze mythes worden als dominante visie op rouw normatief en prescriptief gehanteerd: zo 'hoort' het. Toch ervaren we in de praktijk dat dit eerder ons zicht op rouw versluiert en vertroebelt en het rouwproces voor veel rouwendenden eerder bemoeilijkt dan faciliteert.

Ook wetenschappelijk onderzoek van de laatste decennia ontsluit de mythes en geeft aanzet tot de ontwikkeling van een nieuw rouwparadigma. Uit onderzoek blijkt dat mensen die hun verlies doorwerken niet 'beter' rouwen of zich 'beter' aanpassen dan mensen die dat niet doen. In andere culturen, waarin niet direct sprake is van 'rouwwerk', rouwen mensen ook op de voor hun cultuur 'goede' manier. Bovendien houdt dit model geen rekening met secundaire verliezen en stressoren (bijvoorbeeld financiële onveiligheid na scheiding of verlies van werk of van gezondheid). Rouw als een gezond copingproces houdt meer in dan 'rouwwerk'. Een aantal rouwendenden doet het op een andere manier en hen forceren in het rouwwerk kan meer schade toebrengen dan helpend zijn. Zo is bijvoorbeeld het kunnen vermijden van te intense emoties om de pijn draagbaar te houden ook gezond. Zo kan opnieuw gaan werken ook gezond rouwen zijn en geen 'vlucht'.

Zelf zou ik de nieuwe visie willen omschrijven als een *integratief ontwikkelingsmodel*, waarbij verlies een inherent existentieel en essentieel menselijke ervaring is en verlieservaringen, die stressvol en traumatiserend zijn, deel uitmaken van het leven en dus van onze groei als mens. Ze worden geïntegreerd in onze identiteit en levensloop of autobiografie.

Rouw omvat dan ook een aanpassingsproces door onze levensloop heen, dat ons verandert en blijft veranderen en onze wereld transformeert, op verschillende manieren.

Ik wil nu de belangrijkste ontwikkelingen beschrijven die meer gedetailleerd in de volgende hoofdstukken van dit handboek worden uitgewerkt. Hierbij vertrek ik van de volgende vragen: wat zijn de krachtlijnen van het nieuwe rouwparadigma en hoe komen we tot een integratief rouwmodel vanuit een ontwikkelingsperspectief?

1.3 De componenten van het nieuwe rouwparadigma: een integratief rouwmodel vanuit een ontwikkelingsperspectief

*Je moet niet alleen, om de plek te bereiken,
Thuis opstappen, maar ook uit manieren van kijken.*

– Herman de Coninck, 'De plek', 1998

1.3.1 Rouwen is worden wie we zijn en zijn wie we worden: ontwikkelen van onze identiteit

*Er is hier. Er is tijd
Om overmorgen iets te hebben achtergelaten.
Daar moet je vandaag voor zorgen.
Voor sterfelijkheid.*

– Herman de Coninck, 'De plek', 1998

Als we met elkaar willen spreken over verlies en rouw vanuit een ontwikkelingsperspectief, dan staat de integratie van verlieservaringen in de eigen biografie of identiteit centraal. Verlies is inherent aan ons bestaan. We worden geboren uit verlies, stapelen verliezen op in onze levensloop en als we sterven, verliezen we weer. Vanuit een ander gezichtspunt winnen we, door geboren te worden en de wetenschap van onze sterfelijkheid, juist het leven. Verlies en winst zijn noodzakelijk om te worden wie we zijn en te zijn wie we worden. We zijn immers ook wát we hebben verloren, en hoe en waar we hebben verloren, in welke context, op welk moment van onze levensloop, in welke omstandigheden.

We krijgen als adolescent de diagnose van MS of we zijn ouder van een kind met MS; we lijden op jonge leeftijd aan een niet-aangeboren hersenaandoening na een stom ongeval; onze partner wordt dement en we herkennen elkaar niet meer; we verliezen een job waaraan we status of een levensproject ontleenden, we verliezen ons land als economisch of politiek vluchteling, we leven door omstandigheden in armoede of ondergaan dagelijks geweld van een partner of ouder, we verliezen onze waardigheid en eigenwaarde na een pijnlijke scheiding; er sterft een dierbare vriend, collega, familielid op gewelddadige wijze na een ongeval of door zelfdoding of moord en we verliezen onze illusie van een veilige en rechtvaardige wereld; onze geliefde sterft en we hebben het gevoel dat we mee gestorven zijn en dat de wereld voor altijd is veranderd in een onherbergzame plek... Zoveel mensen, zoveel hechtingen en verliezen die hier weer uit voortkomen – soms is het te veel in één mensenleven.

Verlies en *identiteit* horen dan ook onlosmakelijk bij elkaar. Identiteit zien we niet meer als een op zichzelf staande categorie. Het is wel iets coherent, het heeft een continuïteit in verleden, heden en toekomst maar het bestaat uit vele kleuren, meerdere talen en lagen. Identiteit ligt niet vast, maar ontwikkelt zich als een verhaal: ons levensverhaal, waarvan onze verlieservaringen belangrijke bouwstenen zijn. We schrijven en construeren ons levensverhaal in interactie met anderen, met de generaties voor ons en het familiesysteem waarin we geboren zijn, dit alles gekleurd en beïnvloed door het dominante culturele verhaal.

Als we willen spreken over verlies en rouw, moeten we dus ook reflecteren over het ontwikkelen van onze identiteit, het schrijven en herschrijven van ons levensverhaal, de afdruk die anderen hierop blijven nalaten, vanaf onze geboorte tot onze dood, en daar voorbij.

Rouw kent geen eindpunt maar is een levenslang traject, een dynamisch gebeuren dat zich blijft in- en ontvouwen en in- en ontwikkelen in onze levensloop. De relatie met het verlorene verandert, de rouw zelf verandert nog en blijft ons veranderen, in een continu aanpassingsproces. Doel van rouw is dan ook het integreren van het verlies, zodat het in ons leven verder bijdraagt tot onze eigen ontwikkeling in onze relationele en socioculturele context.

Rouw is in essentie het antwoord dat we geven (dat we zijn!) op het verlies van een betekenisvolle relatie (met iets of iemand) én de wijze waarop we ons leven aanpassen en opnieuw vormgeven of verder leven, mét het gemis, in voortdurende interactie en dialoog met onze omgeving (de interpersoonlijke, sociale, culturele, historische context).

Rouw is ons antwoord op de uitdaging waar de verlieservaring ons voor stelt, namelijk om deze te integreren in ons levensverhaal of onze levensloop, in onze identiteit, ons autobiografisch geheugen, ons zelf- en wereldbeeld, ons zelf-narratief. Dit antwoord staat niet los van onze genetische bagage, onze hechtingsschema's, onze affectieve en cognitieve copingstrategieën, onze identiteitsontwikkeling, onze zoektocht naar betekenisgeving bij ingrijpende en traumatische levenservaringen. Dit verloopt niet statisch maar als een dynamisch zich ontwikkelend proces dat nooit ophoudt, niet als een stapsgewijze emotionele verwerking, maar als een levenslang traject of permanente activiteit van herschikken en herordenen, van invouwen en ontvouwen, van openen en sluiten, van affirmeren en herdefiniëren en reconstrueren, van vergeten en bewaren, van loslaten en blijvend verbinden, van assimileren en accommoderen, van pijn en heling, van kwetsbaarheid en groei. Het verlies van vroeger blijft dan ook het heden in heftige mate of nauwelijks merkbaar beïnvloeden voor kortere of langere tijd. Rouw activeert de geschiedenis van verliezen die mensen eerder geleden hebben, soms al in hun kindertijd. Hoe dit afscheid toen is verlopen, bepaalt hoe nu afscheid wordt genomen (ten Kate & Muller, 2007).

Ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals verlies van een betekenisvolle relatie (met iemand, door scheiding of overlijden; met ons lichaam, door ziekte; met ons werk; met ons huis of land enz.), kunnen onze integriteit of identiteit aantasten omdat ons sociale weefsel of netwerk wordt verscheurd en ons gevoel van zelfwaarde, van controle en van het kunnen vertrouwen op eigen vaardigheden is verdwenen. Rouw heeft dan tot doel onszelf te heruitvinden, te herijken, ons zelfbeeld te herdefiniëren en te reconstrueren, ons wereldbeeld te herordenen. Rouw is een universeel menselijke ervaring maar elk rouwantwoord is uniek: rouwtrajecten verlopen heterogeen en variëren in ervaring en uitdrukking, intensiteit, kleur, betekenisgeving. Je kunt het vergelijken met sneeuwvlokken. Als je er van op afstand naar kijkt, zie je allemaal sneeuw, maar van dichterbij heeft elke sneeuwvlok een unieke kristalstructuur en vind je een oneindig aantal patronen. Ook de metafoor van de vingerafdruk verwijst naar het universele karakter en de herkenbaarheid van de ervaring en terzelfdertijd naar de unieke kenmerken en patronen van elke wereldburger. Tal van factoren hebben immers een invloed: de persoonlijkheid van de rouwende, zijn voorgeschiedenis qua hechting

en coping, de betekenis van de relatie, secundaire of concurrente stressoren, de aard en omstandigheden van het verlies, de sociale steun en de druk of verwachtingen van de omgeving of de impliciete gevoelsregels en heersende rouwcultuur. Rouw is immers geen louter privé- en intrapsychisch gebeuren maar is gekleurd, georiënteerd, geconstrueerd en soms gecontesteerd door de bredere rouwcultuur waarin we wonen. (Winokuer & Harris, 2012)

1.3.2 Hechting: de achterkant van de rouw

Het is niet zozeer 'Je bent wat je eet', als wel 'Je bent waar je van hebt gehouden'.

– Darian Leader, *Het nieuwe zwart*, 2011

Als we met elkaar willen spreken over verlies en rouw, moeten we ook reflecteren en nadenken over liefde en hechting, vanaf onze geboorte tot onze dood, en daar voorbij. Liefde en verlies vormen de kop en de munt van hetzelfde geldstuk. Rouw is de kostprijs van de hechting. De hechtingstheorie voorziet in een belangrijk kader om de individuele verschillen te kunnen begrijpen in de impact van verlies, scheiding, dood van een hechtingsfiguur en de wijze waarop we ermee omgaan. De gehechtheid of hechting is een in elke mens genetisch voorzien programma dat instaat voor onze levensnoodzakelijke behoefte aan veiligheid. Instinctief zoeken we de nabijheid van anderen om ons veilig te voelen en een gevoel te hebben van verankerd te zijn in de wereld. We bouwen in de eerste levensjaren een 'intern werkmodel' op of een hechtingsstijl of -patroon, een soort bril waardoor we kijken naar onszelf en de ander, op basis van twee dimensies of grondpatronen: angst (nabijheid, verbinding, fusie) en vermijding (afstand, autonomie, separatie). Dit ligt mede aan de basis van onze identiteitsontwikkeling, ons zelfbeeld, onze affectregulering en onze rouwstijl in ons verdere volwassen leven. Volwassen copingstrategieën en gedragingen in intieme relaties worden gestuurd door onze hechtingsstijl, die ontwikkeld is in onze hechtingservaringen als kind en verder gekleurd en gecorrigeerd door nieuwe hechtingservaringen. In crisistijden blijken we vaker terug te vallen op onze oorspronkelijke hechtingsstijl.

Parkes (2006) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de invloed van hechtingsstijlen op het rouwtraject. Hechtingspatronen en het zelf- en wereldbeeld die we op basis daarvan aannemen, beïnvloeden hoe we omgaan met de vele verliezen in ons leven en hoe storingen en complicaties kunnen ontstaan. Veilige hechting is een beschermende factor en draagt bij tot een positief zelfbeeld, het kunnen reguleren van emoties, het accepteren van troost, wat op zijn beurt weer bijdraagt tot een grotere draagkracht. Angstige hechting is een risicofactor voor complexe rouw. Vermijdend gehechte personen hebben eerder de toestemming of geruststelling nodig dat ze 'mogen' rouwen en kunnen leren steun te vragen en te ontvangen. De 'aanklammers' (gehechten) hebben eerder de toestemming en verzekering nodig dat ze mogen stoppen met rouwen en dat rouw 'geen plicht is tot de dood'. Gedesorganiseerde of angstig-vermijdende personen zullen eventueel beide nodig hebben. Zij lopen meer risico op complexe rouwprocessen. Sommige rouwprocessen zijn meer traumatisch dan andere en kunnen alleen worden begrepen in het licht van de basisaannames (bijvoorbeeld de wereld is een veilige plek; ik ben een waardevol persoon; mensen zijn te vertrouwen) die door het trauma worden aangetast. Het verlies van betekenisvolle anderen betekent een risico maar ook een kans, geeft aanleiding tot rouw en is een uitdaging voor onze basis-

assumpties over onszelf en de wereld. Uit de brokstukken van onze bekende wereld, een ‘verloren wereld’, kan een nieuw beeld van de wereld gecreëerd worden dat meer realistisch is of meer adequaat of meer gebaseerd op zelfwaarde en vertrouwen in onszelf en anderen. Trauma in gehechtheidsrelaties in de vroege jeugd leidt niet alleen tot extreme stress maar belemmert ook de ontwikkeling van het vermogen tot emotieregulatie waarmee deze stress kan worden verlicht. Als we te veel alleen gelaten zijn door emotioneel onbeschikbare ouders gaan we in ingrijpende en emotioneel turbulente periodes oude jeugdtrauma’s herbeleven. Bijvoorbeeld een man die bang en depressief is na het verlies van zijn baan, wordt paniekerig en razend omdat zijn vrouw op zijn toegenomen behoefte reageert met frustratie en ongeduld. (Allen, Fonagy, Bateman, 2008)

Conclusie is dat de eigen ontwikkelde hechtingsstijl de loop, intensiteit en stijl van rouwprocessen beïnvloedt, zeker na het verlies van een hechtingsfiguur. Wellicht beïnvloedt dit de rouw meer dan de kwaliteit van de relatie die men had met de gemiste hechtingsfiguur (Winokuer & Harris, 2012).

1.3.3 Rouw en mentaliseren

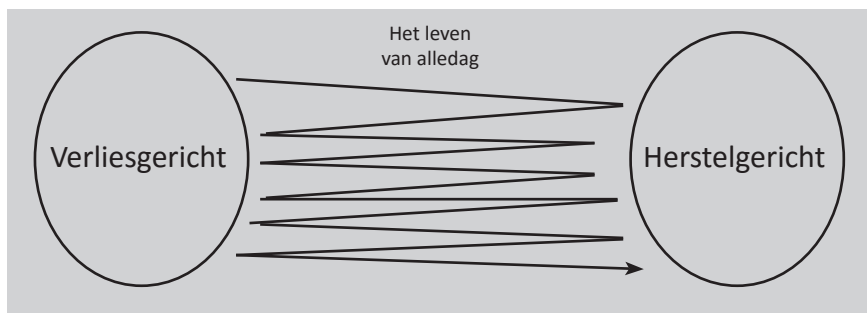
Fonagy omschrijft mentaliseren als het vermogen om het gedrag van jezelf en anderen te kunnen waarnemen en begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens. Mentaliseren is het vermogen om te reflecteren op zichzelf en anderen. Veilige hechting ligt aan de basis van het vermogen tot mentaliseren. Bij trauma en stressvolle verliessituaties komt het mentaliseren onder druk te staan door een hoge mate van *arousal*. Vooral bij mensen die onveilig gehecht zijn (maar ook bij veilig gehechten) kan het mentaliseren blokkeren. Zij kunnen moeilijker reflecteren over het verlies. Het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd en men valt terug op vermijdende (minimaliseren van verlies, de relatie, de betekenis ervan) of gepreoccupeerde (maximaliseren, uitvergroten van verlies, relatie, invloed op het leven) patronen. Zo kan nadenken over een verlieservaring worden vermeden omdat het anders lijkt of voelt alsof de gebeurtenis weer plaatsvindt. Men kan geen onderscheid maken tussen de eigen gedachten en de realiteit (cfr. magisch denken). Iemand kan ook terugvallen op de alsof-modus en praten over de overledene alsof hij niet dood is. Mentaliseren helpt de pijnlijke en bedreigende emoties rondom het verlies te activeren, toe te laten en ermee om te gaan. Men kan de eigen belevingswereld accepteren en verdragen. Zo kan een traumatisch verlies worden verwerkt, bewerkt en geïntegreerd in de eigen levensgeschiedenis. (ten Kate & Muller, 2007)

1.3.4 Coping: Het duale procesmodel van rouw (Stroebe en Schut)

*In augustus is hij doodgegaan,
En toen de maand ten einde liep,
Dacht ik de hele tijd:
Hoe kan ik zelf september in
Als hij daar in augustus achterblijft*

– David Grossman, *Uit de tijd vallen*, 2011

Stroebe en Schut (1999, 2002) hebben het *duale procesmodel van rouw* ontwikkeld. Dit is een copingmodel dat beschrijft hoe we na een verlies ons dagelijks leven verder leiden, hoe we daarbij geconfronteerd worden met twee types stressoren: verliesgerichte en herstelgerichte.



Verliesgerichte coping omvat het omgaan met alle stressoren die ontstaan door het verlies, de verlieservaring zelf en het wie, wat, waar, waarom en hoe van het verlies. Centraal staat hier het antwoord dat we geven op het verlies van een betekenisvolle relatie met iets of iemand. Dit antwoord is multidimensioneel: we reageren en ageren lichamelijk, emotioneel, cognitief, handelend. De verliesverwerking en -bewerking staan hier centraal. De verlieservaring dringt zich op, is intrusief: we worden gepreoccupeerd met gedachten aan het verlies en wat we hebben verloren. Onze focus is gericht op de relatie en we proberen ons te her-inneren, d.w.z. de relatie wordt herbekeken, geherdefinieerd. We laten los wat we in realiteit niet meer kunnen (of willen) meenemen en we koesteren wat we wel kunnen meenemen (herinneringen, waarden, internalisering van de overledene). We identificeren ons en zoeken nieuwe manieren van vasthouden en verbinden over de dood heen. Dit kan ook gepaard gaan met (tijdelijke) negatie en ontkenning van het feit dat het leven verdergaat en herstel of aanpassing en verandering zich opdringen.

Herstelgerichte coping omvat het omgaan met de secundaire stressoren die het resultaat zijn van het verlies en die ook een antwoord vragen met ons lichaam, onze emoties, ons denken en handelen. Hoe passen we ons aan aan de veranderingen die ontstaan in onszelf en ons leven na het verlies? We worden uitgedaagd om nieuwe dingen te proberen of nieuwe vaardigheden aan te leren (bijvoorbeeld leren koken, rijbewijs halen), maar ook nieuwe rollen te spelen en taken op te nemen. Dit kan zijn op materieel, financieel, juridisch (bijvoorbeeld echtscheidingsbemiddeling rond de opvoeding van de kinderen) vlak, maar het kan ook leiden tot het herdefiniëren van onszelf, ons zelfbeeld en wereldbeeld, het herijken van onze identiteit.

Om dit te kunnen, vermijden we ook om stil te staan bij het verlies, zoeken we afleiding, ontkennen we (tijdelijk) dat het verlies er is. Ook dat is gezond.

Gezond rouwen is een proces van oscillatie, een flexibel heen en weer bewegen tussen de twee copingstrategieën. Het is een zichzelf regulerend emotioneel proces. Waar rouwenden verstarren of stagneren in beweging kan complexe rouw ontstaan: bijvoorbeeld zich isoleren, geen nieuwe rollen, doelen enz. op zich nemen, niet meer dagelijks kunnen functioneren en/of vastzitten in rumineren en blijvend verlangen naar terugkeer van de situatie voor het verlies. Ook trauma kan dit oscillatieproces verstoren en blokkeren.

Rumineren als het aanhoudend en herhaald gefocust blijven op negatieve emoties en gedachten aangaande het verlies lijkt een belangrijke oorzaak te zijn van complex rouwen (Bonnano, 2006). Bij ruminatie lijken mensen zichzelf actief te confronteren met het verlies, maar volgens Stroebe is dit eerder een vermijdingsstrategie. Vermijding slaat op het niet onder ogen zien van de onherroepelijke realiteit dat iemand (of iets, bijvoorbeeld de gezondheid) weg is en niet meer terugkomt. Een rouwende rumineert dan over minder bedreigende aspecten (bijvoorbeeld had ik maar dit of dat gedaan, dan was dat niet gebeurd) of blijft zich de waarom-vraag stellen (waarom overkomt mij dit, of mijn geliefde...). Dit helpt om af te leiden van aspecten die emotioneel bedreigender zijn en gekmakend beangstigend, zoals de gedachte dat iemand nooit meer terugkomt.

Stroebe wijst erop dat vermijdingsstrategieën beter aangepakt worden met cognitieve processen, zoals herstructurering of exposuretechnieken, dan met gesprekstherapie (Stroebe, 2009). Over het algemeen zien we dat vrouwen bij voorkeur verliesgericht zijn en mannen eerder herstelgericht (Wijngaards de Meij et al., 2008). Opnieuw komt het belang van hechting in dit model op de voorgrond. Volwassen hechtingsstijlen zijn consistent met hechtingsstijlen die we als kind hebben opgebouwd en hangen samen met de specifieke copingstrategieën. Mensen die veilig gehecht zijn hebben een ingebouwd emotieregulatiesysteem en kunnen makkelijker switchen tussen de twee oriëntaties. Vermijdende hechting zal meer herstelgerichte coping uitlokken. Deze rouwenden zullen de ervaring van het verlies vermijden en de expressie van emoties uit de weg gaan of het belang van het verlies en de betekenis ervan minimaliseren of relativiseren. Ze zoeken ook geen steun. Angstig-ambivalente hechting leidt meer tot verliesgerichte actie. Deze rouwenden zullen eerder rumineren en bezet zijn met gedachten en gevoelens rond het verlies. Gedesorganiseerde hechting leidt meer tot een traumatisch patroon, waarbij het modulerend traject vastloopt, waardoor het moeilijk is voor de rouwende om het verlies te integreren.

1.3.5 Veerkracht en rouw

*Stel nu dat het lukt
zonder jou
dat ik niet gebukt
onder zwaar verdriet
kapotga en toch van het leven
hou?*

– Guillaume Van der Stighelen, bij het overlijden van zijn 21-jarige zoon Mattias (De Standaard, 19 oktober 2011)

Als we willen spreken over verlies en rouw, moeten we ook reflecteren over hun impact op ons leven (de draaglast) en de wijze waarop we hiermee (leren) omgaan (draagkracht, coping). Hoe ontstaat draag- of veerkracht, kunnen we veerkracht mobiliseren en versterken en inzetten, hoe leren we en groeien we doorheen en dankzij verlieservaringen, van onze geboorte tot onze dood, en daar voorbij?

De meesten onder ons ervaren ingrijpende en soms traumatische ervaringen in het leven,

bijna allemaal zullen we de rouw meemaken om het verlies van een geliefde. Verlies is universeel, rouw als reactie hierop kan erg verschillen. Gewoonlijk ligt de focus op de pathologie, op de ongezonde symptomen of op de afwezigheid van rouwreacties, wat dan ook eerder als disfunctioneel wordt beschouwd. Maar een meerderheid vertoont gezonde reacties en dat moeten we niet kapittelen als ontkenning of verborgen rouw. Wat normaal menselijk lijden is, dat mensen meedragen in het leven, wordt al te vaak gepathologiseerd. Chronisch verdriet en gemis zijn geen pathologie. Meer en meer blijkt uit onderzoek dat een meerderheid, zelfs geconfronteerd met afschuwelijke verlieservaringen, psychisch en fysiek stabiel blijft functioneren.

Niettegenstaande we spreken van individuele en diverse trajecten, zijn er volgens onderzoeker Bonanno (2009, 2011) toch drie prototypische trajecten van aanpassing, in functie van mogelijke antwoorden op stress of trauma.

- *Veerkrachttraject*: de meeste mensen (35 tot 65%) passen zich aan aan de meest extreme traumatische situaties met minimale verstoring van hun algemene functioneren. Dit vermogen noemen we veerkracht: het vermogen van volwassenen die blootgesteld worden aan een potentieel ontwrichtend of traumatisch gebeuren (zoals de dood van een geliefde, het verlies van gezondheid) of een vorm van geweld of levensbedreigende situatie, om relatief stabiel te blijven en gezond in hun fysieke en psychische functioneren. De verstoringen in het dagelijkse leven zijn eerder kortstondig.
- *Hersteltraject*: dit traject wordt bij een aantal mensen (15 tot 25%) gekarakteriseerd door acute pijnlijke reacties en symptomen, niet goed kunnen functioneren in het dagelijkse leven, gevolgd door een geleidelijke terugkeer tot stabiliteit (gewoonlijk na één of twee jaar). Dit traject beantwoordt aan de karakteristieken van wat als een 'normaal' rouwproces wordt beschouwd.
- *Chronisch probleemtraject*: relatief weinig mensen (5 tot 30%) ontwikkelen een chronische stoornis na een potentieel traumatisch gebeuren. PTSS wordt waargenomen bij 5 tot 10%. Bij meer langdurige blootstelling aan trauma (bijvoorbeeld een aardbeving, terroristische aanslag) kunnen hogere niveaus worden ontwikkeld van PTSS, maar zelden treffen we meer dan 30% aan in de getroffen populatie. Slechts 10 tot 15% van de rouwendenden ontwikkelt chronische rouwreacties. Dit kan hoger worden bij nabestaanden van gewelddadig overlijden of bij de dood van een kind (cfr. tot zelfs 40% na zelfdoding en 80% na moord, zie het hoofdstuk van Jos de Keijser in dit boek).

Er worden onvoldoende indicaties gevonden van *uitgestelde rouw* als een vierde traject. De percentages zijn erg laag maar verder onderzoek wordt vereist. Zeker is dat uitgestelde rouw veel minder voorkomt dan men dacht. Het is overigens normaal dat nieuwe verlieservaringen in het leven oude rouw kunnen triggeren en dat we deze met onze levenservaring en wijsheid, kracht en kwetsbaarheid opnieuw kunnen beleven, bekijken, reflecteren, herschrijven; dit is geen pathologie maar behoort tot de normale ontwikkeling van onze identiteit. Het kan ook zijn dat we op een bepaald moment een levensfase bereiken waarin we de confrontatie met de vroegere verlieservaring kunnen aangaan, bijvoorbeeld iemand die over haar echtscheiding begint te reflecteren als alle vier de kinderen het huis uit zijn en zelfstandig.

Er zijn ook patronen terug te vinden van stoornissen of complicaties die er voor het verlies al waren, bijvoorbeeld depressie die chronisch blijft. Een aantal mensen vertoont ook een verbetering van bestaande symptomen na een verlies, bijvoorbeeld bij scheiding, of na langdurig ziekteproces. Of iemand veerkrachtig of problematisch zal antwoorden op een verliessituatie is afhankelijk van een verscheidenheid aan risico- en protectieve factoren en de optelsom ervan en is niet afhankelijk van één factor. Deze factoren fluctueren ook in de tijd, afhankelijk van de levensomstandigheden van het moment, de beschikbaarheid van hulpbronnen, bijkomende stressbronnen (bijvoorbeeld verlies van inkomen speelt een grote rol), enz.

1.3.6 Posttraumatische groei: integratie van de negatieve en positieve aspecten van het leven

‘Wat mij niet doodt, maakt mij sterker.’ Toevallig vind ik dat epigram van Nietzsche een schijnwaarheid. Er zijn een heleboel dingen waar we niet dood aan gaan, maar wel voor altijd door worden verzwakt.

– Julian Barnes, *Hoogteverschillen*, 2013

Rouw verhoogt onze capaciteit om lief te hebben!

– Otto Kernberg, 2010

Verlies kan soms zo ingrijpend zijn dat het als een trauma wordt ervaren met ontwrichtende implicaties op lichamelijk, emotioneel, mentaal vlak. Toch stellen we vast dat de meeste mensen een innerlijke veerkracht hebben opgebouwd die het hen mogelijk maakt hiermee op een adequate wijze om te gaan. Onze *copingmogelijkheden en -strategieën* zijn erg verschillend en verscheiden. Ook is het interessant vast te stellen dat mensen een transformatief proces doorlopen en er als ‘andere’ mensen uitkomen, met een meer technische term aangeduid als ‘posttraumatische groei’. Maar stress, trauma, kwetsbaarheid en kracht en groei zijn de kop en de munt van het leven en de motor van onze ontwikkeling.

De positieve klinische psychologie is gefocust op het begrijpen en versterken van de aspecten die het psychologisch welbevinden en de krachten van individuen bevorderen. Na een ingrijpende verlieservaring doorlopen heel wat mensen een traject van ‘herordening’ of ‘posttraumatische groei’ (PTG) (Stephen & Linley, 2008). We bewegen heen en weer op een continuüm tussen kwetsbaarheid en kracht. Posttraumatische stress (PTS) en posttraumatische groei (PTG) zijn geen of-of-categorieën maar uitersten van normale psychologische fenomenen. Normale reacties bij PTS zijn herbeleving, vermijding en arousal, die wijzen op de behoefte aan affectief/cognitieve integratie van de nieuwe traumagerelateerde informatie. Maar mensen groeien terzelfder tijd ook omdat ze antwoorden op het trauma, op de existentiële uitdagingen van het leven. PTG heeft drie dimensies: *veranderingen in levensfilosofie* (doelen in het leven hebben, autonomie), *veranderingen in het zelfbeeld* (meer controle over de omgeving, persoonlijke groei, zelfaanvaarding) en *positieve veranderingen in de relatie met anderen*. De impact van het trauma en onze affectief/cognitieve coping maken deel uit van onze identiteitsontwikkeling, het is een integratiepad. Deze integratie verloopt via twee processen: *assimilatie* en *accommodatie*. Ofwel wordt de nieuwe traumagerelateerde informatie opgenomen of geassimileerd in ons bestaande wereldbeeld ofwel accommoderen we, passen we ons bestaande wereldbeeld aan aan de nieuwe informatie. Door een trauma word

je verplicht om je assumpties los te laten of te transformeren; het oude bestaande betekenis-systeem werkt niet meer.

Er zijn twee vormen van assimilatie: positieve en negatieve.

Positieve assimilatie, waarbij een verlieservaring perfect past binnen een wereldbeeld, bijvoorbeeld mijn demente opa sterft op negentigjarige leeftijd. Hij heeft een goed en lang leven gehad, hij hoeft niet meer af te zien en verder af te takelen.

Negatieve assimilatie, waarbij een verlieservaring niet past binnen het bestaande referentiekader maar men die toch gaat assimileren om de bestaande kaders in stand te houden. Dit vereist defensieve strategieën (door te minimaliseren, te ontkennen, te negeren, verdoving door drugs...) om opnieuw te kunnen functioneren zoals voor het verlies, maar men blijft wel kwetsbaar en loopt het risico op hertraumatisering in de toekomst. Bijvoorbeeld: je krijgt in het leven wat je verdient, dus het feit dat mijn partner weggegaan is, is mijn eigen schuld; ik heb altijd gevonden dat je nooit mag scheiden ('trouwen is houden' was de lijfspreuk van mijn ouders), mijn man is twintig jaar geleden van mij weggegaan en leeft bij iemand anders, maar ik weet dat hij nog van me houdt en eigenlijk bij me terug wil.

Er zijn twee vormen van accommodatie: positieve en negatieve.

Negatieve accommodatie leidt tot negatieve cognities en emoties van bijvoorbeeld meer hulpeloosheid en hopeloosheid, verlies van zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen, affirmatie van de beleving dat de wereld klote is, depressie, borderline, enz. Men kan vastraken in het zoeken naar een schuldige of in het zichzelf beschuldigen, het kan ook leiden tot verhoogde kwetsbaarheid, tot het ervaren van het leven als zinloos.

Positieve accommodatie leidt tot cognities die wijzen op positieve veranderingen in het wereldbeeld en op groei, bijvoorbeeld het leven is te kostbaar en moet ten volle geleefd worden; slechte dingen kunnen op elk moment gebeuren en zijn niet mijn schuld; ik voel meer waardering voor en verbinding met mijn naasten. PTG is terug te vinden in een meer genuanceerd beeld omtrent zichzelf, de ander, het leven en tot een betekenisstelsel dat paradoxen kan containen. Dan is men meer weerbaar bij een volgende tegenslag.

Deze processen van trauma en groei, van kwetsbaarheid en kracht zijn een onderdeel van onze levensloop. Zo ontwikkelen we onze identiteit en ontvouwen we ons narratief en in deze betekenis heeft rouw nooit een eindpunt en worden we wat we hebben verloren. PTS is eigenlijk de voorwaarde of de motor van PTG. We integreren de positieve en negatieve aspecten van het leven en hoe ze met elkaar in relatie staan.

Verlieservaringen liggen niet alleen aan de basis van persoonlijke groei maar ook van sociale, politieke, creatieve, wetenschappelijke, spirituele ontwikkelingen die onze samenleving verrijken.

Ik kan hier zeker niet voorbijgaan aan het soms verwoestende effect van traumatisch verlies op iemands leven. Soms kan ik ook alleen maar diep respect hebben voor de moed die iemand nog kan opbrengen, al is het alleen om nog maar om op te staan en aan een uitzichtloze dag te beginnen.

1.3.7 Emotieregulering: tussen schreeuw en masker

In onze cultuur worden emoties, en zeker wat men noemt negatieve of pijnlijke en lastige emoties, geïdealiseerd. Emoties zijn enerzijds gevaarlijk, explosief, drijfzand, nemen de controle over, zijn een teken van labiliteit, zwakte of irrationaliteit (schreeuw). Iemand die geen emotie uit, is anderzijds bezig met onderdrukken en verdringen en dat is ongezond en ziekmakend (masker of maskeren van gevoelens). Aan de ene kant is er het ongemak en de onmacht en wrevel bij emoties die te sterk en te lang worden geuit, aan de andere kant is er het idee dat je je gevoelens niet mag opkroppen en uit de weg mag gaan.

Zo leeft er een aantal overtuigingen:

- emoties uiten is gezond, onderdrukken is ongezond;
- huilen lucht op;
- je moet praten en niet opkroppen;
- je moet door de pijn heen, de gevoelens verwerken, louteren, zuiveren, reinigen (catharsis) of 'opschonen';
- je wordt van pijnlijke emoties bevrijd, bijvoorbeeld van schuldgevoelens, door ze uit te spreken;
- gevoelens moet je laten stromen, dan gaan ze vanzelf over.

Uit onderzoek (Vingerhoets, 2011) blijkt dat er geen validering is voor de idee dat het gezond is om te huilen; angstige en depressieve mensen bijvoorbeeld voelen zich zelden beter na een huilbui. Mensen die veilig gehecht zijn kunnen zich beter voelen na een huilbui, laten zich gemakkelijk troosten. Angstig-gehechten gaan makkelijker huilen (hyperactiverende strategieën, het opzoeken van troost), maar zijn ook moeilijk te troosten. De vermijdend-gehechten passen deactiverende strategieën toe, huilen minder, minder intens en korter en zoeken geen troost of gaan contact eerder uit de weg. De vermijders worden wel als stoerder en sterker gepercipieerd dan de angstigen. Bij een onderzoek naar de gezondheidstoestand van mensen die ingrijpende ervaringen hadden meegemaakt en die relatief vaak huilden bleek dat deze laatsten er erger aan toe waren dan de groep die niet huilden. Het is veeleer de signaalfunctie van emoties die belangrijk is en de reactie daarop van de omgeving in de vorm van troost (emotiegerichte coping) of hulp (probleemgerichte coping). Soms voelen mensen zich wanhopig over hun gebrek aan controle, schamen zich over hun gevoelens en gaan zich sociaal isoleren. Mensen die kort na verlies een hoge intensiteit aan emoties vertonen, blijken dit vaak langer en intenser te blijven doen nadien. Er wordt geen verbetering vastgesteld in rouwreacties na deelname aan een gespreksgroep (zie Maes, 2007). Uit recent onderzoek (de Groot, 2014) bleken meer problemen op te treden bij deelnemers aan een rouwgroep voor nabestaanden van zelfdoding dan voor de deelname. Een mogelijke uitleg hiervoor is de te grote focus op het uiten van gevoelens en de emotionele besmetting die kan plaatsvinden. Emotionele debriefing na een trauma wordt afgeraden en blijkt eerder schadelijk dan helpend (Sijbrandij, 2007).

De ene pool is dus die van de *schreeuw*: d.w.z. de pijnlijke emoties (het lijden) zijn te groot of worden uitvergroet, het is te veel, te intens en te lang. Er is geen grens, geen bodem, geen oever, geen *containment*. Men wordt overweldigd of overspoeld door de pijn en dat roept weer angst op voor controleverlies of om gek te worden. Men is te open (de deuren

en ramen staan open): er komen te veel prikkels binnen, het verliesgebeuren is te intrusief met gevoelens, gedachten en pijnlijke herinneringen of men is te open naar buiten toe, de schijnwerper staat erop en men praat er voortdurend tegen iedereen over (ook als anderen niet adequaat reageren en men secundair wordt gevictimiseerd). Voor positieve emoties is er weinig plaats.

De andere pool is die van het *masker*: d.w.z. dat er te weinig emoties zijn, heel kort in duur en minder intens. Men is gericht op het maskeren en vermijden van het verlies, contacten die het verlies oproepen, emoties. Er is complete afgrenzing, niets stroomt, ook positieve gevoelens worden niet meer ervaren. Het gevoel van op slot te zijn, niets binnen te laten komen en niets naar buiten te brengen. We kunnen spreken van verdoving, stolling of bevrozing, niets meer voelen (dissociatie), het vermijden van emoties, het minimaliseren van het verlies, onvoldoende actiebereidheid met eventueel depressie tot gevolg, het eerder willen verdwijnen, schaamte, isolement, suïcide.

Emotieregulering is het draagbaar kunnen houden van pijnlijke emoties zonder erdoor overspoeld te worden of zonder ze te moeten bevriezen. Emotionele flexibiliteit zorgt voor een dynamiek tussen open en gesloten zijn, een naar de pijn toe en van de pijn weg kunnen gaan, het kunnen aangaan van de confrontatie met moeilijke gebeurtenissen en het kunnen vergeten of vermijden ervan, het kunnen inzoomen en uitzoomen, het kunnen hanteren van zowel intuïtieve (emotiegerichte) als instrumentele (probleemgerichte) copingstrategieën. Rouwenden die hun emoties kunnen reguleren, die emotioneel flexibel zijn, zijn veerkrachtiger en kunnen zich makkelijker aanpassen na een verlies. Het is het vermogen emoties te verdragen, ervan bewust te zijn, ze te verwoorden, adequaat te gebruiken, om lijden te reguleren en om behoeften en doelen na te streven.

Onze emoties zijn levensbelangrijk. Ze leveren energie, brengen ons in beweging, zijn altijd verbonden met het lichaam (autonome zenuwstelsel) en maken ons klaar voor actie (actieneiging of actiebereidheid). Ze vormen een aangeboren adaptief systeem om ons te helpen overleven, ze helpen ons onszelf te handhaven, ons goed te voelen, ons aan te passen aan onze omgeving of deze te veranderen. Emotie is ervaring, voelen, waarnemen en gedrag, expressie, uitdrukken, communiceren. Emoties hebben een *signaalfunctie*. Emotie is het kompas voor onze behoeften, legt direct verband met onze meest essentiële behoeften op het vlak van bijvoorbeeld gehechtheid (gezien worden door de ander) en identiteit (ons zelfbeeld, onze verlangens, waarden...). Als onze primaire betekenis-, communicatie-, actieoriëntatiesystemen bepalen emoties voor een groot deel wie we zijn. Het is dus van groot belang dat we rouwenden kunnen helpen om hun emoties beter te onderkennen, te beleven, te accepteren, te onderzoeken, te begrijpen, uit te drukken, te reguleren en te veranderen waar nodig. Emoties brengen ons in beweging naar onderliggende betekenissen en het eventueel creëren van een alternatief (levens)verhaal. (Greenberg, 2012)

Het is van belang dat we emoties als leidraad kunnen nemen, als bron van informatie, dat we stilstaan bij hun betekenis, dat we bang zijn als er dreiging is voor ons welzijn, het gevaar kunnen detecteren en zoeken naar veiligheid en bescherming, dat we boos zijn als ons onrecht wordt aangedaan en we verlangen dat onze grenzen worden gerespecteerd,

verdrietig als we iemand missen en aangeven dat we graag verbonden blijven of troost nodig hebben, walging voelen als signaal dat een omgeving toxisch is. Emoties geven ons informatie over onszelf, de relatie tot de ander, de wereld en onze reacties daarop. Het gaat er niet om emoties, ook niet-adaptieve emoties zoals jaloezie, schaamte, schuld, hulpeloosheid, haat, te verwerken en op te lossen. Schuldgevoel kan de motor zijn van herstel en groei, haat mogen voelen ten opzichte van een misbruikende ouder kan de bron zijn van bevrijding. Ook deze emoties hebben immers een functie, ze kunnen begrepen worden en verwijzen vaak naar onderliggende emotionele schema's die we als kind hebben opgebouwd, bijvoorbeeld schrik om verlaten te worden. Het puur uiten van emoties op zich kan tijdelijk wel zorgen voor ontlasting van de spanning en kan ervoor zorgen dat iemand zich voor een korte periode beter voelt, maar het lost niets op als het niet tevens gekoppeld is aan inzicht, nieuw begrip of een verandering in de gedachten of situatie waarin men zich bevindt. Zo kunnen we bijdragen aan de draagkracht en het ontwikkelen van een positieve identiteit.

Positieve emoties ervaren en uiten heeft een belangrijke adaptieve functie in het rouwproces en bouwt mee de draagkracht op. Gevoelens als dankbaarheid, liefde, vriendelijkheid, appreciatie verhogen het welbevinden en hebben een positief effect op de emotionele pijn. (Joseph & Linley, 2012)

1.3.8 Betekenisgeving

Alles heeft losgelaten.

Men zegt: in de wereld bestaan dingen.

Men zegt: tussen de dingen zijn verbanden.

Ik kijk wie dat zeggen zo aan

En zie: kruimels en gaten,

Deeltjes van ledematen –

– David Grosman, *Uit de tijd vallen*, 2011

Omdat verlies een grenservaring is, genereert het vaak een zoektocht naar *betekenis* en *zingeving*. Het confronteert ons met onze menselijkheid, breekbaarheid, kwetsbaarheid, eindigheid, onmacht. Er zijn vele vormen van verlies en hieruit voortvloeiende verliezen die ons kunnen ontwrichten en onze fundamenteën onderuithalen. Onze fundamenteën zijn onze aannames over onszelf, de ander, de wereld. De zoektocht naar zin ontstaat meestal uit desastreuze en pijnlijke levenservaringen. Machteloosheid en hulpeloosheid behoren tot de meest ziekmakende emoties (Verhaeghe, 2012). Ingrijpend verlies kan die gevoelens bij ons op een bijna ondraaglijke manier oproepen. We leven ook in een cultuur waarin we alles maakbaar en oplosbaar achten en geen grip hebben op essentiële zaken als lijden, dood, ziekte en waarin alles wat pijn is moet worden verdoofd of opgelost.

Als we willen spreken over verlies en rouw, moeten we dus ook reflecteren over onze vragen en zoeken naar antwoorden, tegen de achtergrond van onze referentiekaders, op de vraag hoe deze zoektocht in gang wordt gezet en gestuurd door ingrijpende verlieservaringen die we proberen te assimileren en te integreren in onze identiteit. Dan moeten we ook reflecteren

over onze verlangens, waarden en doelstellingen, de overtuigingen waarvoor we staan, en dat vanaf onze geboorte tot onze dood, en daar voorbij.

Robert Neimeyer is een van de belangrijkste onderzoekers op het vlak van rouw en betekenisgeving. Rouw is volgens hem de zoektocht die wordt geïnitieerd door verlies naar zin en betekenis. Rouw is universeel en biologisch. MRI-scans van de hersenen van rouwende proefpersonen laten verhoogde activatie zien van die hersengebieden waar het autobiografisch geheugen en de emotie gelokaliseerd zijn. Onderzoekers laten nabestaanden beelden zien van hun overleden dierbaren en woorden die een specifieke betekenis hebben (bijvoorbeeld 'kanker' bij iemand wiens partner aan kanker is overleden). We kunnen stellen dat mensen neurologisch 'geprimeerd' zijn om te antwoorden op reminders aan het verlies van een veilige hechtingsfiguur door te proberen betekenis te geven in de vorm van een verhaal of narratief. We trachten orde, coherentie, een patroon of betekenis te creëren in een wereld die ontwricht is of op zijn kop staat door het verlies. Het verliesverhaal creëren we in dialoog met de omgeving. We schrijven dit verhaal met ons lijf, ons hart (emoties), ons hoofd (cognitief) en onze handen (handelen). We vertellen het verhaal van iemands leven, van het verlies en de betekenis ervan op ons leven nu, we zoeken validering ervan bij anderen of we proberen betekenis te vinden door het maatschappelijk of spiritueel zin te geven of door onszelf heruit te vinden. Als dit lukt, lijken we ons ook beter aan te passen en kunnen we het verlies beter integreren dan rouwendenden die geen zin of betekenis vinden. Het idee dat een verlies totaal zinloos is, zonder enige rechtvaardiging of doel of verklaring, is psychisch ondraaglijk.

Onderzoek laat zien dat het zoeken van betekenis door ouders na de dood van hun kind een veel grotere voorspellende factor is voor de mate van intensiteit van de rouwsymptomen dan bijvoorbeeld de duur of tijd die verstreken is na een verlies of de oorzaak van de dood (al of niet gewelddadig) (Neimeyer & Sands, 2011). Als mensen zin kunnen geven aan een verlies (bijvoorbeeld: 'het was Gods wil', of: 'ze moet niet meer lijden'), vertonen ze minder intense rouwsymptomen. Dit effect krijgt men ook bij rouwendenden die een 'winst' ervaren in het eigen leven in de vorm van persoonlijke groei, zoals bijvoorbeeld 'spiritueler in het leven staan' of 'andere prioriteiten in het leven krijgen'. Ouders die hun kind verloren op gewelddadige wijze, ervaren het leven als imperfect en fragiel, maar kunnen het ook meer waarderen als iets kostbaars. De zoektocht naar betekenis draagt niet alleen bij tot persoonlijke groei maar ook tot de creatie van kunstwerken, tot sociale acties (oprichten van fondsen, projecten die bijdragen tot meer veiligheid in de samenleving) en politieke acties en maatschappelijke veranderingen (cfr. de treurende moeders op het Plaza de Mayo in de Argentijnse hoofdstad Buenos Aires, de AIDS Memorial Quilt...).

1.3.9 Blijvende verbinding over de dood heen

Dit is wat zij die de verdrietskeerkring nog niet zijn gepasseerd vaak niet begrijpen: het feit dat iemand dood is, mag dan betekenen dat hij of zij niet meer leeft, maar het betekent niet dat hij of zij niet meer bestaat. Dus praat ik voortdurend met haar. Dat voelt even normaal als dat het noodzakelijk is. Ik lever commentaar op wat ik aan het doen ben (of in de loop van de dag heb gedaan); ik wijs haar onder het autorijden dingen aan; ik verwoord haar reacties. Ik houd onze

privétaal levend. Ik plaag haar en zij plaagt mij; we kennen de zinnen uit ons hoofd. Haar stem maakt me rustig en geeft me moed. Ik kijk naar een klein fotootje op mijn bureau waarop ze lichtelijk vragend kijkt, en beantwoord haar vraag, waarover ze ook maar zou kunnen gaan. Ik externaliseer haar zo gemakkelijk en natuurlijk omdat ik haar inmiddels heb geïnternaliseerd. De paradox van het verdriet: als ik nu vier jaar van haar afwezigheid heb overleefd, dan is het omdat ik vier jaar van haar aanwezigheid heb gehad.

– Julian Barnes, *Hoogteverschillen*, 2013

Hoe langer ze in mij wonen, hoe meer ze net dat worden: gezelschap. Veel meer dan we meestal zelf beseffen, leven de doden met ons mee. Ik hoef maar het ochtendbrood te smeren of in het oude mes zijn de dode ouders, omringd door hun fifties-uitzet, net getrouwd. Ik hoef maar mijn Gillette uit de badkamerkast te halen of de grootvader staat met zijn antieke scheermes voor dezelfde spiegel zijn adem uit te blazen. Ik hoef maar ritueel de Mac aan te zetten op zijn onver-slijtbare, ouderwetse solide werktafel, u dan iets over mijn doen te berichten, of de vader heeft hier in alle stilte meegeschreven.

– Bernard Dewulf, *De Standaard weekblad*, november 2013

Als we willen spreken over verlies en rouw, gaan we ook in dialoog met de overledene als blijvend lid van ons innerlijke en uiterlijke netwerk. Onze band is onverbreekelijk, over de dood heen. De overledene blijft in ons gerepresenteerd en aanwezig en via identificatie (met eigenschappen, waarden, houding, aspiraties, levensprojecten, mandaten...) schrijven we onszelf en blijven we onszelf herschrijven of heruitvinden. Er is geen tijdslimiet! Op elk moment van de levensloop kan de rouw opnieuw getriggerd worden: de pijn of het gemis is permanent onderdeel geworden van wie we zijn. Bijvoorbeeld papa die niet aanwezig is bij de geboorte of het huwelijk van het kleinkind, een probleem waarvan we weten hoe de ander het zou hebben opgelost, het dromen dat de ander levend is, maar ook door persoonlijke groei-ervaringen, door je arm te voelen (aan de ander) maar ook rijker, rijper en wijzer.

Hoe eren we de mensen die ons zijn voorafgegaan? Hoe blijven ook de overledenen lid van ons sociaal netwerk, hoe geven ze steun en troost en levenslessen of hoe blijven ze ons vastzetten en belemmeren om te leven? Ook spijt en schuld om wat er niet geweest is, kunnen de motor zijn om het verlies alsnog te integreren. Door bijvoorbeeld correcties aan te brengen in ons leven vinden we nieuwe waarden of levensprojecten van waaruit we het leven en iemands leven en dood alsnog betekenis geven.

Het gaat niet om loslaten en afscheid nemen maar om het zoeken naar een blijvende symbolische verbinding die verder bijdraagt tot ons leven. Hoe heeft de overledene een stem, hoe kunnen we hem of haar blijvend zichtbaar maken? Van belang is de continue aanwezigheid of de rouwdialoog, in concreto de conversatie met de overledene. We construeren een biografisch narratief, dat de overledene plaatst in het leven van de overlevende. Naast het religieuze geloven of 'weten' van elkaar terug te zien na dit leven is er het gevoel dat de overledene verder leeft in mijn geest of het gevoel van aanwezigheid in de externe realiteit: de ander zien, horen, ruiken, het gevoel aangeraakt te worden. We kunnen praten met anderen over de geliefden en op die manier ook hun troostende aanwezigheid in onszelf voelen. We kunnen brieven schrijven aan de overledene, een dagboek of boek

schrijven over zijn of haar leven. We kunnen proberen iemands plannen, wensen, doelen, aspiraties, afgebroken projecten te realiseren en leven volgens/naar het idee hoe zij of hij gewild zou hebben dat we verder leven. Hij of zij blijft een belangrijke gids of mentor. We blijven overleggen met de overledene over belangrijke beslissingen en keuzes in het leven. Identificatie met de overledene kan een bron van kracht zijn en voedt het idee dat we het rouwproces te boven komen. De impulsen tot reparatie of herstel vanuit wroeging of schuld stimuleren de psychologische groei en verandering. Een permanente geïnternaliseerde relatie maar ook de pijn worden een permanent onderdeel van mijn identiteit.

1.3.10 Rouw kent geen eindpunt

Rouw: slijt niet, is niet aan slijtage, aan de tijd onderhevig. Chaotisch, ongeregeld: momenten (van verdriet en liefde voor het leven) nu even vers als op de eerste dag.

– Roland Barthes, *Rouwdagboek*, 2010

Men zegt: de Tijd verzacht de rouw – nee, de Tijd doet niets overgaan; hij laat alleen maar de ‘emotionaliteit’ van de rouw overgaan.

– Roland Barthes, *Rouwdagboek*, 2010

Je denkt dat Jaar Twee niet erger kan zijn dan Jaar Eén, en je waant je erop voorbereid. Je denkt dat je alle verschillende soorten pijn die je te verduren zult krijgen inmiddels wel kent, en dat hierna alleen nog van herhaling sprake zal zijn. Maar waarom zou herhaling minder pijn betekenen? Die eerste herhalingen dwingen je tot nadenken over alle herhalingen die in volgende jaren nog komen gaan. Verdriet is het negatief van liefde; en als liefde in de loop der jaren kan groeien, waarom verdriet dan niet?

– Julian Barnes, *Hoogteverschillen*, 2013

Ik las volgend herdenkingsbericht in de krant van ouders wier twintigjarige zoon 25 jaar geleden was overleden: ‘25 jaar zijn heengegaan. *Als het waar is dat men aan het verdriet went, hoe is het dan mogelijk dat men met het verstrijken van de jaren steeds meer lijdt?* (C. Pavese).’ Met een korte vermelding van de naam van de zoon en zijn geboorte- en sterfdatum. Dit schrijven de ouders van een 25 jaar geleden overleden twintigjarige zoon als herdenkingsbericht in de krant. Wat opvalt in dit korte bericht is: zijn naam wordt genoemd, de jonge leeftijd waarop hun zoon is overleden, dat het intussen 25 jaar geleden is, de verwijzing naar de maatschappelijke norm dat men aan het verdriet kan of moet wennen én hun beleving van het toenemen van het lijden of de rouwpijn die daar lijnrecht tegenover staat én het feit dat de ouders het belangrijk vinden dat het in de krant gepubliceerd wordt en dus publiek wordt gemaakt en door ons gelezen. De ouders gaan met ons in dialoog. Het is een boodschap aan ons, de lezers: een geliefde die sterft wordt nooit vergeten, de pijn van het gemis gaat niet over en wordt soms met het verstrijken van de jaren nog sterker gevoeld, omdat er misschien niemand is die nog over hem spreekt en hij als het ware niet meer bestaat. Het is nodig hem of haar te noemen en bestaansrecht te geven. Het is nodig dat hun pijn door iemand nog gezien wordt, geregistreerd, erkend. Dit is het grote belang van de blijvende rouwdialoog.

1.3.11 Rouwen doe je nooit alleen

Als we willen spreken over verlies en rouw, moeten we ook reflecteren over de context waarin mensen opgroeien, hoe dit ons tekent, hoe anderen bijdragen tot ons leven en wij tot dat van hen, vanaf onze geboorte tot onze dood.

We rouwen niet alleen: onze ervaring en uitdrukking van rouw worden mee gestuurd en gekleurd door de *context* waarin we leven. In welk gezin, in welke familie, dorp, land, cultuur, godsdienst enz. zijn we opgegroeid, en wat blijven we impliciet en expliciet doorgeven aan volgende generaties? Hoe blijven we ook in verlies en trauma loyaal aan onze voorouders? Gaat loyaliteit zover dat we zelf liever verdwijnen dan te groeien? Worden we een 'gouden kind' dat niemand tot last is, dat de eigen behoeften negeert uit zorg om het lijden van onze ouders na een verlieservaring? En gaat deze zorg zo ver dat dat kind uit het eigen leven stapt? Recent onderzoek naar emotionele besmetting, de spiegelneuronen, plaatsvervangende traumatisering werpt een nieuw licht op de impact van trauma's op familiesystemen en dynamieken en hoe deze worden doorgegeven van generatie op generatie.

We rouwen ook collectief via rituelen. Volgens Herman De Dijn worden rituelen verkeerd begrepen. Een begrafenis is geen middel om de emotionele huishouding weer op koers te krijgen, om zo snel mogelijk weer aan de slag te kunnen door samen afscheid te nemen. Begravenissen zijn in de eerste plaats eerbetoningen aan de overledene. Rituelen helpen ons ook om enigszins met het onvergeeflijke, maar onvermijdelijke veronachtzamen en vergeten te leven. (De Dijn, *De Standaard*, 20 maart 2012)

1.3.12 Complexe rouw of de gecompliceerde rouwstoornis

Mensen zeggen: je komt er ook weer uit. En je komt er ook weer uit, dat klopt. Maar je komt er niet zo uit als een trein uit een tunnel, die zich dwars door de downs onder de zonnehemel in die razendsnelle afdaling naar het Kanaal stort; je komt eruit als een meeuw uit een olievlek; je bent voor je leven met pek en veren besmeurd.

– Julian Barnes, *Hoogteverschillen*, 2013

En wat als onze veerkracht niet voldoende is, we ook niet herstellen na verloop van tijd en we een complex rouwtraject ontwikkelen, dat ons functioneren grondig belemmert en verstoort? Een meerderheid doorloopt een ongecompliceerd rouwtraject en leert leven mét gemis. Toch wordt de impact van complexe en traumatische verlieservaringen vaak erg onderschat in onze samenleving. De cijfers over de impact op de volksgezondheid, met een toename van fysieke klachten en psychische stoornissen liegen er niet om (Stroebe, 2009). Is er preventie mogelijk? Wat zijn de risico- en beschermende factoren? Wie heeft baat bij welke begeleiding? Welke vormen van *rouwbegeleiding* en *rouwtherapie* zijn dan noodzakelijk?

In plaats van al te vlug een diagnose te stellen van gecompliceerde rouwstoornis of traumatische stressstoornis (altijd een beetje arbitrair) gaan we beter uit van een continuüm van dimensies tussen ongecompliceerde en gecompliceerde trajecten. In de hulpverlening kunnen cliënt en hulpverlener samen dit continuüm definiëren als een (eventueel verstoord

of complex) rouwtraject dat zich ontwikkelt en dit in kaart brengen door de tijd of de levensloop heen.

Als we willen spreken over verlies en rouw, moeten we ook spreken over complexe rouw en reflecteren over de zorg en hulp die we hierbij als maatschappij kunnen bieden. De een reageert veerkrachtig en de ander ontwricht en ontredder, weer een ander beweegt heen en weer tussen deze twee polen. Er is een rouwspectrum met allerlei schakeringen. Een andere rouwcultuur ontwikkelen is zeker helpend, maar hoe doen we dat? Hoe helpen we de rouwenden die een ingrijpend verlies niet meer te boven komen en verdwijnen in de pijn om het gemis van hun geliefde? We gaan er niet van uit dat iedereen die (ingrijpend) verlies lijdt een interventie nodig heeft, integendeel, maar vertrouwen op de gezonde veerkracht van mensen, in hun natuurlijk opgebouwde copingstijl en -vaardigheden. We focussen niet alleen op de emoties maar ook op de cognitieve processen, zoals herordenen, begrijpen, imaginatie, probleemoplossing, reconstrueren van het zelfbeeld, mentale representatie van de overledene en het belang van betekenisgeving. Rouw is niet te herleiden tot emoties die verwerkt moeten worden, maar is een antwoord dat genetisch hoort bij ons aanpassings-repertorium en dat inherent is aan en van belang voor onze ontwikkeling van onze identiteit. Het gaat niet alleen om *wie* we hebben verloren, maar ook om *wat* we hebben verloren (secundair verlies) en om *hoe* we die informatie herschikken en herordenen zodat ze integreerbaar is en ons zelfbeeld behouden kan blijven of gereconstrueerd en geherdefinieerd kan worden. Gevoelens van nutteloosheid, waardeloosheid, hulpeloosheid, verminderde eigenwaarde kunnen vaak voorkomen en zijn funest. Een aanhoudende rouwpijn die schade berokkent aan de gezondheid en levenskwaliteit en die het dagelijkse functioneren belemmert, moet dan ook goed kunnen worden gediagnosticeerd en adequaat behandeld.

Omdat het gaat om zoveel meer dan louter verlies, maar ook om hechting, betekenisgeving, coping en veerkracht, pijn en groei, loslaten en verbinden, kwetsbaarheid en kracht, individu en context, wonde en verwondering, de kracht van presentie en het effect van interventie, zijn we zo gefascineerd door dit thema. Omdat we er nog heel veel over willen weten, veel over willen leren; omdat we er mee voor willen zorgen dat binnen elke discipline van de wetenschap en binnen elke therapeutische benadering meer aandacht wordt geschonken aan verlies en rouw, waardoor de rouwende die bij ons om hulp komt beter kan worden geholpen. En misschien dat je zelf als nabestaande of naastbestaande of overlever of rouwende ook iets van houvast of troost of kompas kunt vinden. We tekenen de landkaart terwijl we zelf door het rouwlandschap lopen.

2. TUSSEN PRESENTIE EN INTERVENTIE: EEN KADER VOOR DE ROUWBEGELEIDING EN ROUWTERAPIE

2.1. Het zout-dogma

In *JAMA (Journal of the American Medical Association)* – een internationaal medisch toptijdschrift – hebben onderzoekers naar de impact van zout in onze voeding een knuppel in het hoenderhok gegoooid. Is het nuttig de hele bevolking een beperking van het zoutge-

bruik op te leggen, omdat zoutbeperking bij hoge bloeddruk en hartfalen het risico op ziekte en dood doet dalen? Een studie aan de K.U.LEUVEN laat zien dat het therapeutisch effect van zoutbeperking bij patiënten met hartfalen zich niet klakkeloos laat vertalen in een gezondheidsvoordeel voor de hele bevolking. Het tegendeel blijkt waar. De groep met het hoogste zoutverbruik scoorde het beste, zowel wat sterfte als wat ziekerisico betreft! Het vermoeden rijst dat ons lichaam het zoutevenwicht – dat van individu tot individu sterk kan verschillen – zelf reguleert. Een gedwongen en misschien onnodige vermindering van de zoutinname zou dit evenwicht weleens grondig kunnen verstoren en zou kunnen leiden tot een hormonale verstoring, met funeste gevolgen voor onze gezondheid. Onderzoekers raden af initiatieven te nemen voor zoutbeperking (bijvoorbeeld vermindering van zoutgehalte in brood) bij de hele bevolking. Het is risicovol om wat goed is voor een doelgroep in een therapeutische setting uit te breiden tot preventie voor de hele bevolking. Dit is dogma's bouwen op los zand. We moeten nederig erkennen dat we als artsen maar over enkele puzzelstukjes beschikken waarmee wij ons een beeld denken te vormen over de gezondheidstoestand van de patiënt, laat staan van de gezonde mens in al zijn diversiteit. (Bron: *De Standaard*, 12 mei 2011.)

2.2 Het rouwdogma

Zoals gezegd hebben we ook in onze rouwcultuur op basis van een medisch model van symptomatologie en behandeling een rouwdogma ontwikkeld, dat als norm aan elke rouwende na verlies het 'rouwwerk' voorschrijft als universeel traject. Dit zogenaamde standaardmodel is ontwikkeld in klinische settings en niet bij de doorsneebevolking, maar wel als zodanig geïmplementeerd. Verwerken doe je – volgens dit model – het beste door als individu (los van de context) de pijnlijke realiteit van het verlies te erkennen en het is gezond alle emoties te ervaren, te 'doorwerken' of 'er doorheen te gaan'. Dan kun je de band loslaten en de draad weer oppakken of opnieuw investeren in het leven. Het woord 'verwerken' wijst erop dat iets doorgewerkt, afgewerkt, afgerond, opgelost moet worden, zodat het 'een plek' kan krijgen en een eindpunt, met name het herstel van het evenwicht (hersteltraject). Interventies in de rouwzorg, individuele counseling of therapie, in gespreks-groepen en lotgenotencontacten zijn hier ook op gericht. Het is echter van belang ons af te vragen wat hier de effectiviteit van is.

2.3 De effectiviteit van professionele rouwzorg?

Ik verwijs hier naar hoofdstuk 5 uit het boek *Leven met gemis* (Maes, 2007; zie ook *Je bent wat je hebt verloren* (Maes en Dillen, 2015)). Jordan en Neimeyer (2003) hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar effectiviteit van rouwcounseling in hun artikel 'Does grief counseling work?' Het resultaat was dat er weinig tot geen effectieve interventies werden gevonden. Neimeyer (2000) berekende dat 38% van de rouwendenden het beter zou hebben gedaan zonder interventie van buitenaf. Schut, Stroebe, van den Bout en Terheggen (2002) kwamen in gelijkaardig onderzoek tot de conclusie dat *hoe gecompliceerder de rouw, des te beter de kansen zijn op interventies die leiden tot positieve resultaten*. In het 'Rapport over verlies en rouwresearch' van het Center for the Advancement of Health (2003) wordt benadrukt dat interventies gericht naar volwassenen met ongecompliceerde rouw geen positieve resultaten

hebben in de zin van een vermindering van rouwreacties (Maes, 2007; Maes 2015). Er is weinig evidentie gevonden voor de effectiviteit van rouwteams die familieleden bezoeken kort na het verlies, van zelfhulpgroepen en andere therapeutische benaderingen die rouwenden de weg willen wijzen in het verwerken van hun rouw. *Integendeel zelfs, rouwcounseling maakt de rouwpijn soms heftiger en langduriger!* Verder suggereert het onderzoek dat rouwbegeleiding het minst nodig is kort na het overlijden. Interventies te vroeg in het rouwproces zijn minder effectief of zelfs contraproductief. Een geschikt moment is eerder zes tot achttien maanden na het verlies, *als* de rouwende symptomen vertoont van intense rouw (Jordan & Neimeyer, 2003). Als therapie noodzakelijk is, dan is het effect ervan ook afhankelijk van de benadering of behandeling. Zo hebben sommige rouwenden die een meer vermijdende en/of instrumentele rouwstijl hanteren geen baat bij interventies die emotiegericht zijn. Zo benadrukken rouwgroepen vaak de emotionele verwerking, terwijl vooral vrouwen hierop gericht zijn, en mannen eerder een instrumentele stijl gebruiken.

Onderzoek van Murphy e.a.(1998) heeft aangetoond dat de PTS-symptomen van mannen die deelnamen aan een groepsinterventie voor ouders van kinderen die op gewelddadige wijze gestorven waren, verergerden. Blijkbaar doen sommige interventies meer kwaad dan goed! Interventies die opgezet worden voor alle rouwenden, gewoon omdat je een verlies hebt meegemaakt, blijken niet effectief (Schut et al., 2002; Stroebe & Stroebe, 1991). Interventies voor risicogroepen, d.w.z. rouwenden die meer kwetsbaar zijn voor gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld het verlies van een kind, traumatisch verlies...), lijken wel effectiever te zijn, maar vaak ook niet. Tegenwoordig is er voor elk psychisch of medisch probleem lotgenotencontact voorhanden. Deelnemers zijn over het algemeen tevreden en enthousiast en blijven nadien met elkaar in contact. De winst is het gevoel van erkenning en herkenning, het gevoel er niet alleen voor te staan, maar uit studies blijkt dat er geen meetbaar gezondheidseffect is, soms integendeel. Recente studies trekken de heilzame effecten van lotgenotencontact in twijfel. Marieke de Groot vond dat wie lotgenotencontact zoekt op langere termijn slechter af kan zijn dan iemand die dat niet doet en dat dit gepaard gaat met verhoogd risico op gecompliceerde rouw. Ze kwam tot haar conclusie bij nabestaanden die tien jaar eerder een familielid hadden verloren door zelfdoding (de Groot, 2013). Wat hiervan de mogelijke oorzaak is, is onduidelijk. Mogelijks zijn het de mensen die er het slechtst aan toe zijn die kiezen voor een gespreksgroep. Een andere verklaring kan zijn dat het schadelijk is voor een aantal individuen om te vroeg of te lang te focussen op de emoties van zichzelf en van anderen. Recente studies hebben aangetoond dat *critical incident stress debriefing*, die erin bestaat mensen snel na een ramp samen te laten praten over de verschrikkingen, bij veel mensen juist leidt tot meer klachten. De huidige opvang, die zorgt voor een onmiddellijke herbeleving, is schadelijk en de kans op PTS wordt zelfs vergroot. Marit Sijbrandij kwam tot de conclusie dat debriefing (emotioneel, psycho-educatie) voor iedereen, ongeacht het wel of niet aanwezig zijn van risicofactoren op klachten, weinig effectief is. Integendeel, emotionele opvang vertraagt het herstel en is eerder af te raden. Het is volgens haar wel zinvol de mensen met bijvoorbeeld een verhoogd risico op PTS vlug op te sporen en die te behandelen met traumagerichte cognitieve gedragstherapie of EMDR (Sijbrandij, 2007).

Conclusie: raad geen therapie aan voor alle rouwendenden! De meesten doorlopen een veerkracht- en hersteltraject. Ga deze trajecten ook niet pathologiseren. Rouwtherapie is bedoeld voor de minderheid (10 à 15%) die vastloopt en bij wie de symptomen in de loop van de tijd nog toenemen (cfr. Paul Boelen over gecompliceerde rouw verderop in dit boek).

Welke interventies zijn het meest effectief? Hier moet nog veel onderzoek naar gebeuren en het is verleidelijk de ene therapievorm te vergelijken met de andere. In dit handboek wordt verwezen naar boeiend onderzoek waarbij de cognitieve gedragstherapie (CGT) het meest effectief is, dit conform de hedendaagse ontwikkelingen in het therapielandschap (zie de hoofdstukken in dit handboek van o.m. Boelen, Spuij, & de Keijser).

Klachten die voortkomen uit een gecompliceerd rouwproces worden doorgaans behandeld met CGT, maar bij bepaalde groepen patiënten slaat deze therapievorm onvoldoende aan. Veilig gehechte patiënten die rouwklachten ontwikkelen, profiteren vaak goed van de behandeling. Zij zijn in staat om de ontstane stress na een verlies te begrijpen en te verwoorden, en om sociale steun te mobiliseren. Onveilig gehechte mensen kunnen dit minder goed. Daarom is het van belang dat bij deze groep allereerst het vermogen om te mentaliseren verbetert met behulp van *mentalization-based treatment* (MBT), voordat begonnen wordt met de rouwverwerking. Leren mentaliseren, waardoor meerdere, wisselende en soms verrassende zienswijzen worden geïntroduceerd, brengt een proces op gang waarin iemand kan leren rouwen om wat verloren is. (ten Kate & Muller, 2007)

Basis van elke rouwbegeleiding en -therapie echter is de ontmoeting met compassievolle en empathisch afgestemde zorgverleners, die voor rouwendenden een helende ervaring creëren van begrepen en ondersteund te worden in hun rouwtraject of reis door het verlies heen. Dit is conform de bevindingen van het onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie, waaruit blijkt dat de persoon van de therapeut en de (werk)relatie tussen therapeut en cliënt het meest bepalend zijn en niet de therapievorm. De kwaliteit van de therapeutische relatie is met andere woorden cruciaal voor de effectiviteit van de rouwtherapie. Ook in rouwtherapie staat de therapeutische presentie centraal als basispijler van een geslaagde therapie (zie het hoofdstuk van Emmanuelle Zech in dit boek). Hierbij wordt verwezen naar: een veilige omgeving, 'holding', empathische afstemming, aanwezig zijn bij de pijn, erkennen van de emoties, kunnen luisteren, respect tonen, niet oordelen. Deze veiligheid ligt aan de basis van en schept de mogelijkheid tot verandering.

We pleiten voor een integrale benadering, gebaseerd op presentie en interventie, gemedieerd door het therapeutisch proces. De therapeutische presentie is de grondtoon, de grondhouding door het hele therapeutische proces heen, of de werkrelatie met de cliënt, waarbij de therapeut de gepaste interventies, procedures of technieken kan inzetten waar ze noodzakelijk zijn (Neimeyer, 2011).

2.4 Tussen presentie en interventie

In dit handboek maak je kennis met verschillende disciplines, therapeutische benaderingen en stromingen, die handvatten en instrumenten aanreiken om op een professionele manier met rouwendenden op weg te gaan en hen te helpen in rouwtrajecten die verstoord, complex,

traumatisch of gecompliceerd zijn geraakt. Al naar gelang de stroming of benadering wordt de focus gericht op de lijfelijke ervaren betekenis, de cognitieve overtuigingen en (mis)interpretaties, de emotioneel impliciete sporen, de (niet) ondernomen acties, de contextuele invloeden, de spirituele waarden en referentiekaders via cognitieve, gedragsmatige, narratieve, psychodynamische, creatieve, persoonsgerichte, emotiegerichte technieken, procedures en interventies. Hier en daar bemerk je ook een meer integratieve benadering en houdt de auteur een pleidooi voor een inzet van diverse technieken en methodieken naar gelang de problematiek die zich aandient in het (soms destructieve) omgaan met of het hanteren van de impact van het verlies op het leven van de rouwende cliënt en zijn omgeving.

Vanuit mijn werk en ervaring als rouwtherapeut in de dagelijkse klinische praktijk heb ik geleerd dat het belangrijk is de juiste (*evidence based*) kennis in te zetten, als inzichten en kaders die mij bijvoorbeeld kunnen helpen in het formuleren van behandelingshypotheses of als inzichten en kaders die de cliënt kunnen helpen om eigen overspoelende ervaringen te normaliseren of te structureren (psycho-educatie). Naast de kennis is het van belang dat ik over een aantal *vaardigheden* beschik die ik kan inzetten in de vorm van diverse procedures, technieken, interventies die de cliënt kunnen helpen om specifieke doelen te bereiken of de verlieservaring en dieperliggende betekenissen te exploreren, bevroren emoties die worden vermeden te confronteren of overspoelende gevoelens te reguleren en uiteindelijk de betekenis van de verlieservaring in hun cognitieve, affectieve, spirituele schema's te integreren. Kennis en vaardigheden worden echter geschraagd door een attitude, een *houding* van presentie die getuigt van respect, tolerantie, begrip, mededogen, responsieve aandacht, openheid, warme nabijheid en betrokkenheid.

Rouwtherapie vertrekt vanuit drie dimensies zoals Neimeyer (2011) ze benoemt: *presentie*, *proces* en *procedures*, of, zoals ik het zou omschrijven, vanuit een integratieve benadering, waarbij de therapeut het therapeutisch proces of de therapeutische werkelijkheid inzet en heen en weer beweegt tussen presentie en interventie.

2.4.1 Presentie

'Eren, pas dan corrigeren' is het adagium van de rouwbegeleiding en rouwtherapie. De cliënt heeft al genoeg de indruk dat hij van alles moet corrigeren of veranderen: dat hij te lang of te kort rouwt, te veel huilt of te weinig, er te veel over praat of niet genoeg, moet beginnen werken of iets zinnigs moet doen in plaats van bij de pakken neer te blijven zitten, de draad weer moet opnemen of juist het verlies moet leren verwerken... De rouwende cliënt heeft vaak het gevoel te falen, tekort te schieten, hij of zij gaat zich schamen en isoleren, voelt zich hulpeloos, gefrustreerd en kwaad, omdat de omgeving blijkbaar niet begrijpt of aanvoelt hoe onmetelijk diep de pijn zit van het verlies van een kind, een partner, een ouder.

De begeleider/therapeut vertrekt vanuit een houding van 'eren', van honoreren, van bestaansrecht geven aan de pijn van de cliënt. Hoe diep, hoe groot, hoe intens de pijn ook is, niemand heeft het recht daarover te oordelen en het is in de eerste plaats van belang dat die pijn er mag zijn, dat ze niet hoeft te veranderen maar in alle openheid in de therapieruimte aanwezig mag zijn. De therapeut is als het ware een *container* (letterlijk: samenhouder), die een veilige plek biedt waarin de pijn mag en kan worden ervaren. De therapeut is door zijn

presentie een getuige van de pijn én van de krachten die iemand heeft om die pijn te dragen, te benoemen of onbenoembaar uit te drukken met een blik, een gebaar, een snik, een uitstraling (Winokuer & Harris, 2012). Hier gaat het om wie we zijn als mens, als persoon in de ontmoeting met iemand die existentieel lijdt en hierbij om hulp vraagt.

Kunnen we in onszelf de ruimte, de openheid creëren, helemaal ontvangend en afgestemd zijn op de rouwende mens die voor ons zit? We zitten met open, lege handen maar met de mogelijkheid om pijn een stuk mee te dragen, te laten bestaan en dus ook zelf mee te voelen, zonder overspoeld te worden of te verdwijnen in onmacht, hulpeloosheid, angst. We kunnen dat wel allemaal (mee)voelen, maar we blijven staan in onszelf, we blijven zitten op onze eigen stoel, gegrond, en zijn present als mens maar ook professioneel. In die zin zijn we geen gewone getuige, maar zetten we actief en responsief de kwaliteiten en vaardigheden van de presente houding in om die veiligheid en dat vertrouwen te creëren waardoor de rouwende cliënt bereid is om open te staan voor onze spiegeling, bevraging, *witnessing*, reflectie, en te participeren in het bereiken van doelen, het exploreren van destructieve cognities, niet-adaptieve emoties, zelfdestructieve acties, pijnlijke lichamelijke spanningen.

Een goede presente houding is al helend op zich, omdat de rouwende zich gevalideerd, erkend en bevestigd voelt op een authentieke, empathische en congruente wijze. De ervaring van een veilige hechtingsrelatie met de therapeut, die voorspelbaar, beschikbaar, en responsief is, kan op zich al een correctie bieden voor oude en nieuwe onveilige hechtingsrelaties.

We gebruiken onze innerlijke zintuigen en laten de verbale en non-verbale taal van de rouw in ons binnenkomen en in ons resoneren. We staan open voor wat gezegd wordt en niet gezegd kan of wil worden. We luisteren naar de stilte tussen de woorden, tussen de lijnen, en kijken naar wat uitgedrukt of niet uitgedrukt wil of kan worden. We laten ons raken door het verhaal, door de pijn van de cliënt, zodat de cliënt zich gezien en gehoord weet, gevalideerd en geaffirmeerd in de kwetsbaarheid maar ook in de kracht.

Via onze actieve en responsieve houding krijgt de cliënt de mogelijkheid om in het eigen verliesverhaal te stappen en er weer uit te stappen als hij dat wil, in de ervaring en de expressie van het rouwen, en zo het rouwende Zelf op die manier te erkennen en herkennen. De rouwende leert luisteren naar de eigen lichaamstaal en naar de onderliggende betekenissen van impliciete gevoelens en cognities en leert over zichzelf reflecteren in een respectvolle en niet-oordelende context. De begeleider/therapeut spiegelt en geeft terug in woorden wat voor de cliënt onzichtbaar was en nu betekenis kan krijgen.

Verlies door overlijden raakt ook aan het mysterie van leven en dood. Ook wij zijn daar in de eerste plaats mens, met onze eigen referentiekaders maar ook met het niet-weten. Misschien zijn we atheïst, gelovige, twijfelaar of scepticus: welke positie we ook innemen, we kunnen slechts present zijn als we de ander kunnen eren in zijn wijze van acceptatie van het ondraaglijke, zijn wijze van zingeving, zijn kracht om de impact van traumatisch verlies te transformeren in iets nieuws. Er zijn geen antwoorden op het verlies van een kind of partner, maar we kunnen wel leren leven met de ervaring dat er geen antwoorden zijn.

2.4.2 De interventies: de procedures, technieken, instrumenten

De rouwtherapeut kan met de cliënt een contract afsluiten, een behandelingsplan opstellen, de rouwvragenlijst afnemen en deze met de cliënt bespreken, hypothesen of doelen formuleren, een sessie (een therapeutisch traject) beginnen en afsluiten, specifieke rouwtherapeutische technieken toepassen (cfr. imaginaire dialoog, schrijfp opdrachten, genogram opmaken, de familie imaginair opstellen, exposure in vivo), doorverwijzen of zelf uitvoeren van een EMDR-protocol enz.

2.4.3 Het proces of de therapeutische relatie en werkalliantie: contact en contract

Rouwtherapie is, zoals elk therapie, gebaseerd op de therapeutische relatie. Uit onderzoek blijkt dit ook de beste waarborg te zijn voor het slagen van de therapie, meer dan de therapeutische stroming of technieken die gebruikt worden. De rouwtherapeut zal oog hebben voor het proces, voor het contact of de interactie, met aandacht voor de eigen innerlijke waarnemingen, gevoelens en gedachten die hierin ontstaan en met aandacht voor de cliënt en wat zich tussen hen beiden afspeelt. Hij zal vanuit presentie een houding van openheid, echtheid, empathie, congruentie demonstreren en die vaardigheden inzetten die noodzakelijk zijn om de cliënt ten volle het gevoel te geven dat hij gezien wordt en gehoord, dat hij in de eerste plaats geëerd wordt in wie hij is en dat er een samenwerking kan ontstaan om te corrigeren of te veranderen wat eventueel (zelf)destructief is, niet adaptief en hinderend in het integratieproces van de verlieservaring in het eigen narratief of levensverhaal.

De rouwtherapeut werkt samen met de cliënt om een therapeutisch contract op te maken, met bepaalde procedures, doelen, afspraken, structuur, het inzetten van interventies en specifieke technieken. Van belang is dat de samenwerking duidelijk is, wat de grenzen zijn van de therapie, dat de cliënt te allen tijde mag evalueren, de richting mag bepalen, dat zijn sturende ik de baas blijft en hierin ook aangesproken wordt door de therapeut. Maar als therapeut hebben we ook onze expertise en een bepaalde wetenschap of kennis over wat helpend is en wat niet, wat destructief is en wat constructief, wat beschadigend is en wat helend. Soms is het noodzakelijk om duidelijk en directief aan te geven wanneer de cliënt te beschadigd is om nog te kunnen vertrouwen op eigen gezonde coping, bijvoorbeeld als de cliënt zichzelf blijft hertraumatiseren in destructieve relaties of vanuit ongezonde loyaliteit schade blijft oplopen.

De rouwtherapeut weet dat het lichaam rouwt en via klachten en symptomen uitdrukt dat de rouwende een betekenisvol en ingrijpend verlies heeft geleden dat ondraaglijk is. Fysieke pijn is ook een uiting van emotionele pijn en hartklachten en spanningen rond het hart tot zelfs een gebroken hart drukken fysiek uit dat we afgescheiden zijn, onherroepelijk en definitief en dat we behoefte hebben aan troost, aandacht en heling. Het lichaam is een plaats van gevoelde betekenis en kan de cliënt brengen bij onderliggende beelden, herinneringen, tekorten, overtuigingen, niet ingevulde noden en verlangens, de pijn van het missen, de vreugde van de verbinding en de groei. De rouwtherapeut zal de kleine bewegingen in het gezicht en in het lichaam detecteren, luisteren naar de toonaard en het affectieve spoor hier

en nu volgen en benoemen en linken aan de onderliggende betekenis en context waarin het gevoel ontstaat.

De rouwtherapeut weet dat in rouw pijnlijke en positieve emoties aanwezig zijn. Dat het er niet om gaat emoties te elimineren, op te lossen, te minimaliseren, door te werken, maar dat emoties een functie hebben, een eigen taal zijn, een bron zijn van een intuïtief weten, van onderliggende betekenissen en dat het belangrijk is ze toe te eigenen, te aanvaarden, ervan bewust te worden, ze te labelen en te benoemen, erover te reflecteren, ze te kunnen moduleren en reguleren en waar nodig te transformeren. (Greenberg, 2012)

De focus is gericht op een goed *evenwicht tussen de verliesgerichte en herstelgerichte dimensies van rouw* (cfr. DPM) en de rouwende wordt geholpen een antwoord te formuleren op de uitdagingen van zijn of haar unieke rouwtraject. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillen in rouwstijl, in copingstrategie en stresshantering tussen mannen en vrouwen.

De therapie is niet bedoeld om los te laten maar is een exploratie van de *blijvende waarde die de relatie heeft voor de rouwende*, met een consequente reconstructie van de betekenis (positief en negatief) die de persoon heeft voor de rouwende in de context van het leven dat verdergaat. De aandacht gaat naar de positieve functie van de blijvende relatie met de overledene. Rouwtherapie besteedt ook volop aandacht aan de kwetsuren die in de relatie zijn opgelopen, zeker waar deze als onafgewerkte thema's het leven van de rouwende (en zijn omgeving) blijven beheersen. Rouw resulteert vaak in een *crisis van de betekenissen* die iemands leven structuur en inhoud geven. Rouwtherapie is gericht op de reconstructie van die betekenissen of de herdefiniëring van zelfbeeld en wereldbeeld in het licht van de integratie van het verlies in het eigen levensverhaal.

In rouwtherapie wordt gefocust op de rol van *coping- en emotieregulerende processen*, in een poging de intense emotionele pijn te verwerken en te milderen en het aanpassingsproces aan de interne en externe verander(en)de realiteit als gevolg van het verlies te ondersteunen, zodat de rouwende dagelijks voldoende kan blijven functioneren. Emoties hebben een functie en worden ook aangezien als pogingen tot communicatie; positieve emoties worden gevalideerd en versterkt. Disfunctionele cognities worden geconfronteerd en getransformeerd in meer adequate en adaptieve cognitieve strategieën. Om de draagkracht van rouwenden te vergroten zijn van belang: toegang krijgen tot emotionele belevingen; het vermogen om disfunctionele emoties te reguleren en te transformeren; het ontwikkelen van verhalen over een positieve identiteit. De rouwtherapeut helpt de cliënt daartoe ook onderliggende overtuigingen en cognities te detecteren die aan de basis kunnen liggen van bijvoorbeeld een negatief zelfbeeld en een gebroken wereldbeeld. Hij laat de cliënt ook zien hoe foute interpretaties van de eigen rouwreacties of het voortdurende rumineren toxisch kunnen zijn voor het eigen rouwtraject.

Rouw is fundamenteel een *intersubjectief proces*. Veel rouwproblemen zijn het gevolg van het falen van de omgeving om samen met de rouwende te rouwen. In rouwtherapie wordt de betekenis van iemands verlies steeds binnen een interpersoonlijke (intra- en intergenerati- onele), maatschappelijke en culturele context geplaatst.

Rouwtherapie is meer dan ‘symptoomreductie’: het is een therapeutische benadering waarin rouw in eerste instantie wordt gezien als een *normaal en gezond aanpassingsproces* aan het verlies van betekenisvolle relaties met iemand (of iets). Verlies en rouw worden beschouwd in het licht van de noodzakelijke processen van hechting en betekenisgeving en vormen een wezenlijk onderdeel van wie we waren, zijn en zullen worden. In die zin is rouwtherapie niet gericht op het afwerken of oplossen van de rouw maar op het transformatieproces van een gecompliceerd rouwproces in een meer ‘gewoon’ en adequaat aanpassingsproces (van assimilatie en accommodatie), waardoor de rouwende het verlies kan integreren in het eigen levensverhaal.

De rouwtherapeut is op de hoogte van de diagnostiek (en de ontwikkeling ervan binnen de DSM-5) van de gecompliceerde rouwstoornis. Hij is ook op de hoogte van de storende impact van een traumatische verlieservaring op het rouwproces en kan differentiëren met PTSS, depressie en angststoornissen.

Basis van elke rouwbegeleiding en rouwtherapie is een therapeutische relatie of de ontmoeting met compassievolle en empatisch afgestemde hulpverleners die voor de rouwende een helende ervaring creëren van veiligheid, begrip en ondersteuning in zijn reis door zijn landschap van verlies.

In elke rouwtherapie en rouwbegeleiding steunt men op twee pijlers: de presentie en de interventie. Uitgangspunt moet wel zijn dat we bij rouwbegeleiding- en therapie niet vertrekken van een medisch model, waarin rouwenden niet aangetast, ontwricht en ontredderd zijn maar gestoord. De rouwende wil in de eerste plaats gehoord en gezien worden en niet gediagnosticeerd en geclassificeerd. De therapeut of begeleider dient in de eerste plaats ondraaglijke pijn, onmacht en lijden te (ver)dragen en toch te blijven. Maar het is ook van groot belang dat we adequaat kunnen interveniëren en de rouwende een gevoel van controle en sturing kunnen teruggeven in zijn of haar zoektocht naar betekenis van het verlies dat zijn of haar leven heeft verwoest.

1. *de presentie van de hulpverlener*: ‘zijnsgericht’ of de wijze waarop hij/zij als persoon een veilige en warme plek kan creëren voor de rouwende, die er ‘terecht’ kan en tot recht komt met zijn of haar unieke rouwtraject, hechtingsgeschiedenis, verlies- en levensverhaal. Op een non-directieve wijze wordt de weg gevolgd van assimilatie en accommodatie en wordt ruimte gecreëerd voor de rouwende om de uitdagingen waar hij of zij voor staat te identificeren en te beantwoorden. Hierbij wordt uitgegaan van de aanwezige sterktes en veerkracht en worden de kwetsbaarheden en risicofactoren geïdentificeerd. De therapeut volgt de rouwende in zijn of haar zoektocht naar de betekenis van het verlies en de wereld die daardoor verloren is gegaan.
2. *de interventie van de hulpverlener*: ‘doegericht’, de hulpverlener kan een diagnose stellen van gecompliceerde of geprolongeerde rouw en een individueel behandelingsplan instellen en bespreken met de rouwende; soms moet de hulpverlener focussen op de conflicten en complicaties, de vermijdingsstrategieën, de traumapijn, een te grote scheidingsangst, vastzittende emoties en negatieve *beliefs* en overtuigingen die het rouwtraject belemmeren. Dan is het van belang om directief te werken en een aantal instrumenten en strategieën op een adequate wijze te kunnen inzetten.

In dit handboek wordt door de auteurs (onderzoekers, therapeuten, begeleiders) ingegaan op de diverse counseling- en therapeutische benaderingen en methodieken, die algemeen inzetbaar zijn of toegepast kunnen worden binnen specifieke thema's of doelgroepen.

3. WERKEN IN DE ROUWBEGELEIDING- EN THERAPIE: GIFT OF GIFT?

We kunnen dit hoofdstuk niet afsluiten zonder nog te wijzen op het grote belang van zelfzorg als basis van onze professionele competentie. Als hulpverlener werken in de rouwzorg is niet onschuldig of onschadelijk. Rouw is immers geen probleem dat kan worden opgelost, het verlies kan niet worden goedgeemaakt, de overleden geliefde kan niet worden teruggebracht. Het voortdurend present zijn bij en getuige zijn van diepe pijn en wanhoop, het geconfronteerd worden met traumatische verhalen, beelden en emoties laat ons niet onberoerd. We weten dat emotionele pijn erg besmettelijk kan zijn. Vaak doen we dit werk ook vanuit eigen ervaringen met verlies in ons leven (de *wounded healer*) en gaan we ermee om vanuit eigen behoeften en tekorten, onveilige hechtingsstijlen, maar ook vanuit eigen opgebouwde veerkracht en copingstrategieën. Onze emotionele draagkracht wordt uitgedaagd door interne en externe stressbronnen en soms hebben we onvoldoende geleerd welke copingstrategieën of competenties we kunnen inzetten en hanteren. De impact daarvan kan leiden tot ziekte, burn-out, compassievermoeidheid, secundaire en plaatsvervangende traumatisering. Dit kan op zijn beurt weer leiden tot secundaire victimisering van onze cliënten. Zelfzorg is niet alleen iets van de vrije tijd, maar is – als de beste preventie – ook een professionele competentie die inherent moet zijn aan ons werk. De mythe van het flinkheidsideaal en de grenzeloze superman/vrouw is op den duur giftig voor elke hulpverlener. Ook de organisaties moeten hierin hun verantwoordelijkheid nemen, kwetsbaarheid en grenzen legitimeren, support voorzien en de veerkracht van hulpverleners mobiliseren en versterken. Mits een voortdurende praktijk van zelfreflectie, support en zelfzorgstrategieën kan het werken in de rouwzorg ook een gift of geschenk zijn, met gevoelens van dankbaarheid, eigenwaarde, hoop, betekenis, kracht en persoonlijke groei.

NOTEN

1. Voor een overzicht van de oude en nieuwe rouwmodellen en -theorieën verwijs ik naar het eerste deel van *Leven met gemis: handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie* (Maes, 2007) en de meer gepopulariseerde uitgave *Ze zeggen dat het overgaat* (Maes & Jansen, 2009). Het eerste deel van *Leven met gemis* wordt in een aparte en geüpdate versie opnieuw uitgegeven als *Je bent wat je hebt verloren. Een hedendaagse kijk op verlies en rouw* (Maes & Dillen, 2015).
2. Het fasemodel van Kübler-Ross: ontkenning – woede – marchanderen – depressie – aanvaarding; Bowlby en Parkes: shock – scheidingsangst: wenen en missen – desorganisatie – reorganisatie; Worden (viertakenmodel): accepteren realiteit – emotioneel doorwerken van de pijn – aanpassen aan de omgeving zonder overledene – verlies een plaats geven en opnieuw investeren in het leven (cfr. Maes, 2007; Maes & Dillen, 2015).

LITERATUURLIJST

- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Barnes, J. (2013). *Hoogteverschillen*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas/Contact.
- Barthes, R. (2010). *Rouwdagboek*. Amsterdam: Meulenhoff/Persona.
- Bonanno, G. (2009). *The other side of sadness: what the new science of bereavement tells us about life after loss*. New York: Basic Books.
- Bonanno, G. (2006). 'Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations'. In: *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62 (8), 971-985.
- Bonanno, G. e.a. (2011). 'Resilience to Loss and Potential trauma'. In: *The Annal Review of Clinical Psychology*, 7.
- De Coninck, H. (1998). 'De plek'. In: H. de Coninck, *De gedichten*. Amsterdam: Arbeiderspers.
- De Groot, M. & Kollen, B. (2014). 'Rouw bij nabestaanden 8-10 jaar na suïcide'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158: A7546.
- Greenberg, L. (2012). *Emotiegerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Grossman, D. (2011). *Uit de tijd vallen*. Amsterdam: Cossee.
- Jordan, J., Neimeyer, R. (2003). 'Does griefcounseling work?'. In: *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kernberg, O. (2010). 'Some observations on the process of mourning'. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 91: 601-619.
- Leader, D. (2011). *Het nieuwe zwart: rouw, melancholie en depressie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Maes, J. (red.) (2007). *Leven met gemis: handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie*. Wijgmaal: Zorg-Saam.
- Maes, J. & Jansen, E. (2009, 2014). *Ze zeggen dat het overgaat*. Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Maes, J. & Dillen, L. (2015). *Je bent wat je hebt verloren: een hedendaagse kijk op verlies en rouw*. Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Murphy, S. e.a. (1998). 'Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12 to 28-year old children'. In: *Death Studies*, 22, 209-235.
- Neimeyer, R. (s.d.) *Lessons of Loss: a guide to coping*. Memphis, Tennessee: Center for the study of loss and transition.
- Neimeyer, R. (2011). *Techniques of grief therapy: creative practices for counseling the bereaved*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R., Harris, D., Winokuer, H. & Thornton, G. (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: bridging research and practice*. New York: Taylor and Francis.
- Neimeyer, R. & Sands, D. (2011). 'Meaning reconstruction in bereavement. From principles to practice'. In: *Grief and bereavement in contemporary society: bridging research and practice*. New York: Taylor and Francis.
- Parkes, C. (2006). *Love and Loss: the roots of grief and its complications*. London/New York: Routledge.
- Schut, H., Stroebe, M., van den Bout, J. & Terheggen, M. (2002). 'The efficacy of bereavement interventions. Determining who benefits'. In: Stroebe, Hannson, Stroebe, Schut, *Handbook of bereavement research*. Washington: APA.
- Sijbrandij, M. (2007). *Early interventions following psychological trauma*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Silver, R. & Wortman, C. & (2002). 'The myths of coping with loss revisited'. In: Stroebe, Hanson, Stroebe & Schut (eds.), *Handbook of Bereavement research: consequences, coping and care*. Washington: APA.
- Stephen, J. & Linley, P. (2008). *Trauma, Recovery and Growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken, New Jersey: Wiley and Sons.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). 'The dual process model of coping with bereavement: rationale and description'. In: *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2002). 'Meaning making and the dual process model of coping with bereavement'. In: Neimeyer (ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington: APA.
- Stroebe, M. (2009). *Beyond the broken heart: mental and physical health consequences of losing a loved one*, oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stroebe, M. & Stroebe, W. (1999). 'Does grief work "work"?'. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 3, 479-482.
- Ten Kate, C. & Muller, N. (2007). 'Mentaliseren om te kunnen rouwen'. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 5.
- Van den Bout, J. (1996). *Rouwsluiers: over verliesverwerking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Vingerhoets, A. (2013). *Tranen: waarom mensen huilen*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Wijngaards-de Meij, L. e.a. (2008). 'Parents grieving the loss of their child: interdependence in coping'. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 31-42.
- Winokuer H. & Harris, D. (2012). *Principles and Practice of grief counseling*. New York: Springer.