

# Rouw

M.S. Stroebe, H.A.W. Schut, W. Stroebe en  
J. van den Bout

## **Inhoud**

- 1 Definitie en omschrijving
  - 1.1 Definitie
  - 1.2 Symptomen
- 2 Prevalentie
- 3 Beloop
- 4 Risicofactoren
- 5 Modellen en theorieën omtrent verliesverwerking
- 6 Diagnostiek
  - 6.1 Pathologische rouw
  - 6.2 Subtypen van pathologische rouw
  - 6.3 Diagnostisch instrumentarium
- 7 Behandeling
  - 7.1 Rouwbegeleiding en rouwtherapie
  - 7.2 Confrontatie als middel
  - 7.3 Behandelvormen
  - 7.4 Effecten
- Literatuur

*Mevr. dr. M.S. Stroebe*

gezondheidspsycholoog, Vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

*Dr. H.A.W. Schut*

klinisch psycholoog, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Universiteit Utrecht.

*Prof. dr. W. Stroebe*

sociaal psycholoog, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Universiteit Utrecht.

*Prof. dr. J. van den Bout*

klinisch psycholoog, Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.

De auteurs zijn verbonden aan het Centrum voor Rouwonderzoek en Interventies van de Universiteit Utrecht.

## 1 Definitie en omschrijving

### 1.1 Definitie

Rouw is primair een emotionele reactie op de dood van een dierbare, hoewel vergelijkbare reacties waargenomen worden naar aanleiding van andere soorten verliezen. Het kan worden omschreven als een complex emotioneel syndroom dat gepaard gaat met fysieke veranderingen en lichamelijke klachten. Onderzoek heeft in de afgelopen decennia ook een breed scala aan cognitieve en gedragsmatige reacties aangetoond en dientengevolge wordt rouw of verliesverwerking heden ten dage beschouwd als een multidimensioneel concept. Rouwen heeft ook een sociaal-culturele component, in de zin dat de maatschappij waarin men zich bevindt invloed heeft op de reacties op het verlies en de expressie van de emoties.

Na het overlijden van een dierbare treedt bij de meeste mensen een periode op van intens lijden. Herstel kost maanden of zelfs jaren en kan aanzienlijk variëren, zowel tussen individuen als tussen verschillende culturele groepen. Ook al herstellen met het voortschrijden van de tijd de meesten, voor een aanzienlijke minderheid geldt dat de slechte psychische en lichamelijke gezondheid extreem is en/of hardnekkig blijft. Om deze reden is rouw een onderwerp met aanzienlijke klinische relevantie. Het heeft ook verstrekkende implicaties voor het welzijn binnen gezinnen en families (bijvoorbeeld potentiële effecten op lange termijn van het verliezen van een ouder tijdens de kindertijd) en voor beleidsbeslissingen op overheidsniveau (bijvoorbeeld verlofregelingen).

### 1.2 Symptomen

Hoewel de wetenschappelijke studie van de invloed van sterfgevallen op de geestelijke gezondheid van de nabestaande teruggaat op het klassieke werk van Freud (1917), 'Trauer und Melancholie', treffen we reeds eerder dergelijk onderzoek aan in het werk van de Engelse epidemioloog William Farr (1858). Hij voerde het eerste empirische onderzoek uit naar sterfterisico's onder

weduwen en weduwnaars. Pas veel later, namelijk in 1944, publiceerde Erich Lindemann een systematische analyse van de symptomen van verliesverwerking. De huidige kennis over rouw heeft nog steeds veel te danken aan deze vroege publicatie. Patronen van normale verliesreacties, zoals weergegeven in items in onderzoeksinstrumenten (zie hieronder), bestrijken de volgende dimensies: Affectieve uitingsvormen omvatten depressie, wanhoop en neerslachtigheid, angst, schuld, boosheid en vijandigheid, anhedonia en eenzaamheid. Gedragmatige reacties betreffen geagiteerdheid, vermoeidheid, huilen en zich terugtrekken. Cognitieve uitingsvormen omvatten preoccupatie met gedachten over de overledene, verminderd gevoel van eigenwaarde, zelfverwijt, hulpeloosheid en hopeloosheid, een gevoel van onwerkelijkheid en problemen met het geheugen en de concentratie. Fysiologische en somatische uitingsvormen omvatten vermindering van eetlust, slaapproblemen, verlies van energie en uitputting, allerlei lichamelijke klachten, dezelfde fysieke klachten als de overledene, toename van medicijngebruik, en vatbaarheid voor ziekte. Alhoewel afdoende empirische evidentie ontbreekt ten aanzien van cross-culturele verschillen op deze dimensies, geeft onderzoek op aangrenzende gebieden (zoals op het gebied van depressie, zie Kleinman & Good, 1985) en klinische ervaring aanleiding culturele verschillen te veronderstellen in frequentie en ernst van symptomen. Zo kan men bijvoorbeeld bij niet-westerlingen meer somatische reacties verwachten dan bij westerlingen.

## **2 Prevalentie**

In Nederland sterven meer dan 125.000 mensen per jaar. Hoewel sterven vooral geassocieerd wordt met hoge leeftijd, sterven jaarlijks in Nederland meer dan 1000 baby's in hun eerste levensjaar en komen ieder jaar circa 1000 kinderen tussen de 1 en 14 jaar te overlijden (CBS, 1995).

Voor al deze sterfgevallen geldt dat er nabestaanden achterblijven – ouders, partners, broers en zusters, kinderen en vrienden – die allemaal het risico lopen op schadelijke effecten op het gebied van hun psychische en fysieke gezondheid.

Nabestaanden hebben een grotere kans op een scala aan psychische en lichamelijke kwalen en stoornissen, zoals affectieve stoornissen, angststoornissen, somatische klachten en infecties. Ter illustratie: in een studie onder volwassen nabestaanden in Nederland voldeed 50% op één van de vier metingen gedurende de eerste twee jaar na het overlijden van de partner aan de criteria voor posttraumatische stress-stoornis. Negen procent voldeed bij alle vier metingen aan deze criteria (Schut e.a., 1991). In een Duitse studie onder weduwen en weduwnaars onder de 65 jaar voldeed ongeveer zes maanden na het overlijden 42% aan de criteria voor een milde depressie, terwijl bij een vergelijkbare groep gehuwden een percentage van 10% werd gevonden. Twee jaar na het overlijden was dit percentage bij de weduwen en weduwnaars gedaald tot 27%, maar was het nog steeds hoger dan onder de gehuwden (Stroebe & Stroebe, 1993).

Het sterfterisico onder nabestaanden is uitzonderlijk hoog. Cross-sectionele sterftcijfers uit vele landen wijzen uit dat weduwen en weduwnaars over het algemeen hogere sterftcijfers hebben dan vergelijkbare getrouwde mensen. In Nederland is het sterfterisico voor weduwen en weduwnaars ruim drie maal hoger dan voor gehuwden. Vooral jonge weduwnaars vormen daarbij een risicogroep. Hoewel zulke statistieken onderhevig zijn aan artefacten (bijvoorbeeld selectie), heeft longitudinaal onderzoek dit patroon bevestigd (Joung, 1996).

### 3 Beloop

Wat betreft kennis van het beloop van rouw hebben we veel te danken aan het werk van Bowlby (1980). Zijn analyse van hechtings- en separatieprocessen, en zijn observaties omtrent veranderingen van rouw in de loop van het proces, gaven aanleiding tot het poneren van fasen of stadia in het rouwproces. Kenmerk hiervan is, dat men een opeenvolging veronderstelt van een eerste fase van schok (met bijbehorende symptomen van verdoofdheid en ontkenning), gevolgd door hunkerend verlangen, protest (als het besef van het verlies tot de nabestaande doordringt), wanhoop (vergezeld van lichamelijke en sterk emotionele reacties en zich terugtrekken), waarna geleidelijk herstel optreedt, die ge-

kenmerkt wordt door acceptatie van het verlies en het gestaag vinden van een nieuw evenwicht. De lengte van de fasen varieert, maar over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat de eerste twee fasen een aantal weken duren, en dat de derde maanden tot zelfs jaren in beslag neemt. De cross-culturele variatie in de duur van de fasen is aanzienlijk, hetgeen deels te maken heeft met rouwgewoonten en culturele normen (Stroebe & Stroebe, 1994).

Het bezien van het rouwproces in termen van fasen is, zowel binnen de wetenschap als in de praktijk, heel gebruikelijk. De fasen worden echter veelal te letterlijk opgevat. Bijna zonder uitzondering – en dit geldt zeker voor Bowlby's oorspronkelijke formulering – zijn de fasen geïntroduceerd als een beschrijvende vuistregel, maar worden ze opgevat als voorschriften over hoe het 'normale' rouwproces van een nabestaande er uit zou moeten zien.

Recent ontwikkelde zogenaamde 'takenmodellen' houden meer rekening met de individuele variatie in het rouwproces. Een bekend en in begeleiding en therapie frequent gebruikt takenmodel is dat van de Amerikaanse psychotherapeut Worden (1991), die ervan uitgaat dat de nabestaande vier taken te vervullen heeft: het accepteren van het verlies; het ervaren van de pijn van de rouw; het zich aanpassen aan een omgeving zonder de overledene; en het een andere plaats geven van de overledene en het opnieuw oppakken van het leven. Benadrukt moet worden dat niet alle rouwendenden deze taken doorwerken, en dat deze wederom afhankelijk zijn van culturele factoren (in een maatschappij waarin het bijvoorbeeld de gewoonte is om voorouders te vereren, vindt het afstand nemen van de overledene op een heel andere manier plaats: de overledene is daar op een bepaalde manier nog steeds aanwezig.)

#### 4 Risicofactoren

In onderzoek zijn zogeheten 'risicofactoren' geïdentificeerd. Doel hiervan is te achterhalen waarom mensen zo uiteenlopend reageren en waarom bepaalde mensen meer risico lopen op langdurige en/of hevige rouwreacties dan anderen. Subgroepen van nabestaanden met een hoog risico kunnen worden ingedeeld

op grond van sociaal-demografische variabelen (bijvoorbeeld jonge nabestaanden; weduwnaars); de persoonlijke geschiedenis van de nabestaande (bijvoorbeeld ambivalente en afhankelijke huwelijkse relaties; eerdere verliezen); oorzaken van en omstandigheden rondom de dood (plotseling overlijden; het verlies van een kind enz.) en situationele factoren (zoals afwezigheid van sociale steun; bijkomende stressoren).

Meer methodologisch verfijnd onderzoek naar risicofactoren en in het bijzonder een beter begrip van de mediërende processen is nog steeds gewenst. Bijvoorbeeld: welke invloed heeft euthanasie op het rouwproces? Of: hoe beïnvloeden veelvuldige verliezen, zoals die voorkomen in groepen die te maken hebben met AIDS, de verwerking? Hoe verschilt rouw van jonge kinderen van die van volwassenen, en wat zijn specifieke risico's voor kinderen?

Het meest opvallende dat uit onderzoek naar voren komt is, dat problemen in de loop van het rouwproces het beste voorspeld worden door problemen kort na het verlies.

## 5 Modellen en theorieën omtrent verliesverwerking

Theoretische verklaringen van psychische reacties en manieren van omgaan met verlies vinden hun oorsprong in de *psychoanalytische theorie*. Het werk van Freud (1917) is ook nu nog zeer invloedrijk en heeft het werk van Lindemann (1944), Bowlby (1980), Parkes (1986), Raphael (1983), Jacobs (1993) en andere invloedrijke auteurs diepgaand beïnvloed. Uitgangspunt van de psychoanalytische theorie is, dat wanneer een dierbare komt te overlijden, de nabestaande wordt geconfronteerd met de noodzaak de band met de overledene los te laten en de energie die geïnvesteerd is in de overledene terug te trekken. De psychologische functie van rouw is dan ook het bevrijden van de nabestaande van zijn of haar banden met de overledene, teneinde geleidelijk ont hechting te bewerkstelligen door middel van het rouwen. Deze 'rouwarbeid' impliceert een cognitief proces van confrontatie met de realiteit van het verlies, van keer op keer de gebeurtenissen rondom het overlijden de revue laten passeren en van het koesteren van herinneringen teneinde geleidelijke ont hechting van de overledene te bewerkstelligen. Sinds Freud is rouwarbeid van

fundamenteel belang als theoretisch concept en als basisprincipe bij rouwbegeleiding en -therapie. De belangrijkste oorzaak van pathologische rouw is, volgens Freud, ambivalentie in de relatie met de overledene, hetgeen normale heroriëntering van libido van de overledene naar een ander object belemmert.

Rouwarbeid staat ook centraal in Bowlby's (1969, 1973, 1980) *hechtingstheorie*, maar hij veronderstelt een meer biologische dan psychologische functie van rouwen. De biologische functie van rouw is te trachten de nabijheid van de hechtingsfiguur te bewerkstelligen of in stand te houden, omdat scheiding van hechtingsfiguren separatieangst veroorzaakt. In geval van een onomkeerbaar verlies is een dergelijke respons evenwel disfunctioneel. Niettemin beschouwt Bowlby het actief doorwerken van het verlies als noodzakelijk. De nabestaande herdefinieert op die wijze geleidelijk zichzelf en de situatie, en past gestaag de interne representaties aan de veranderde situatie aan. Evenals Freud beschouwt Bowlby de relatie met de overledene als de directe oorzaak van pathologie in het rouwproces. Onderliggend daaraan zijn volgens Bowlby de ervaringen als kind met hechtingsfiguren. Deze ervaringen worden van blijvende invloed verondersteld op latere relaties. Frequentie scheiding van hechtingsfiguren in de jeugd kan leiden tot angstige gehechtheid in latere relaties, hetgeen resulteert in zeer langdurige rouw, ofwel chronische rouw.

Evenals de hechtingstheorie, is ook de *stresstheorie* van enorme invloed op rouwonderzoek. Dat geldt met name voor het werk van Horowitz (1986) en zijn collega's. De basisaanname van de stress-theorie is dat ingrijpende levensgebeurtenissen een belangrijke rol spelen in de etiologie van verschillende somatische en psychische stoornissen, vooral wanneer een predispositie voor een bepaalde stoornis reeds aanwezig is (zie bijvoorbeeld Lazarus & Folkman, 1984). Onderzoek heeft daarnaast neurofysiologische mechanismen aangetoond die stress in verband brengen met het immuunsysteem, het maag-darm-systeem en het cardiovasculaire systeem (zie Baum & Grunberg, 1991). De ernst van de stress na een ingrijpende gebeurtenis hangt af van de mate waarin de gepercipieerde eisen van de situatie aanspraak doen op de copingbronnen van de persoon in kwestie, uitgaande van het gegeven dat indien men niet in staat is het hoofd te bieden aan die



situatie, dit negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid (Lazarus & Folkman, 1984). De pogingen om met de situatie om te gaan, oftewel coping, kunnen enerzijds gericht zijn op het omgaan met of het veranderen van de problematische situatie (probleemgerichte coping). Anderzijds kunnen ze gericht zijn op de emotionele reacties, teneinde de invloed te verminderen en te trachten het emotionele evenwicht te herstellen (emotiegerichte coping). Stresstheorie biedt een theoretische onderbouwing aan het zogenaamde 'buffering model', hetgeen stelt dat een hoog niveau van sociale steun (een copingbron) het individu beschermt tegen de negatieve gevolgen van stress op de gezondheid (zie Cohen & Wills, 1985).

## 6 Diagnostiek

### 6.1 Pathologische rouw

Rouw is een normale reactie op de dood van een dierbare, en vereist als zodanig normaal gesproken geen professionele hulp. Een aanzienlijke minderheid van de nabestaanden heeft evenwel met dermate ernstige problemen te kampen dat professionele hulp geïndiceerd is.

Het onderscheid tussen normale en gecompliceerde rouw is echter moeilijk te maken. Een heldere en eenduidige definitie van normale en gecompliceerde rouw ontbreekt vooralsnog. Het beloop in de *tijd* en de *intensiteit* van de symptomen zijn de belangrijkste dimensies op grond waarvan complicaties kunnen worden ingeschat. Aan veelvuldig gehanteerde termen als verlate, chronische en afwezige rouw, evenals onopgeloste, onaangepaste, conflictueuze, vervormde, neurotische en disfunctionele rouw, liggen deze dimensies ten grondslag (de symptomen duren te lang of juist te kort, zijn niet intens genoeg of juist te intens). Complicaties in het rouwproces kunnen zich voorts voordoen ten aanzien van *specifieke symptomen*, zoals extreme schuldgevoelens of de activering van een negatief zelfbeeld ten gevolge van het verlies (Horowitz e.a., 1980). Clayton (1990) beschouwt aanhoudende depressieve symptomen als pathologische rouw. Pathologie wordt door sommige auteurs (bijvoorbeeld Jacobs, 1993) omschreven

in termen van *lijdensdruk*, met name ten gevolge van scheidingsangst en angst voor controleverlies. Wanneer de nabestaande ondraaglijk lijdt onder het verlies kan dit als pathologie gedefinieerd worden.

Gegeven de variëteit in individuele verschijningsvormen van rouw, alsmede het probleem om de parameters van normale rouw te definiëren, lijkt in het licht van de huidige stand van zaken de volgende definitie bruikbaar: pathologische rouw is een afwijking van de norm aangaande het tijdsverloop of de intensiteit van specifieke of algemene symptomen van rouw.

### 6.2 *Subtypen van pathologische rouw*

In de loop der jaren zijn verschillende subtypen van pathologische rouw onderscheiden. We noemen slechts de meest frequent gehanteerde (Middleton e.a., 1991). *Chronische rouw* kenmerkt zich door zeer langdurige rouw, terwijl er geen tekenen zijn dat de rouwende verder komt in het proces. Chronische rouw wordt veelal geassocieerd met depressie, schuldgevoelens, zelfverwijten, sociale teruggetrokkenheid en aanhoudende preoccupatie met de overledene. *Afwezige rouw* kenmerkt zich door het uitblijven van typische rouwreacties na de dood van een dierbare. De persoon in kwestie continueert het leven veelal alsof niets is veranderd. Men dient zich overigens te realiseren dat het schijnbaar uitblijven van rouwreacties niet per se duidt op pathologie. Bij *verlate rouw* vertoont de nabestaande aanvankelijk geen rouwreacties, zoals bij afwezige rouw, maar doen de reacties zich pas na langere tijd voor. De symptomatologie onderscheidt zich dan niet of nauwelijks van normale verliesverwerking.

Pathologische vormen van verliesverwerking zijn doorgaans moeilijk te onderscheiden van zich frequent gelijktijdig manifesterende affectieve stoornissen en posttraumatische stressstoornis.

### 6.3 *Diagnostisch instrumentarium*

In de afgelopen decennia zijn verschillende zelfrapportagelijsten ontwikkeld voor de inventarisatie van symptomen van rouw. De

meeste vragenlijsten zijn ontwikkeld voor de algemene inventarisatie van rouwsymptomatologie bij volwassenen (zoals de internationaal veel gebruikte Grief Experience Inventory (GEI) (Sanders, Mauger & Strong, 1985/1991) en de Texas (Revised) Inventory of Grief (TRIG) (Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987)). In de loop der jaren zijn ook verschillende specifieke vragenlijsten ontwikkeld, onder meer de Perinatal Grief Scale (PGS) (Toedter, Lasker & Aldaheff, 1988; Cuisinier e.a., 1992) voor ouders die een ongebornen of pasgeboren kind verloren hebben of de Hogan Sibling Inventory of Bereavement (zie Hogan & Greenfield, 1991), die specifiek gericht is op de symptomatologie van achterblijvende broers en zusters.

Voor de dagelijkse praktijk kleven aan de genoemde lijsten bezwaren. Van geen van de vragenlijsten zijn officiële Nederlands-talige versies, noch normen voor het Nederlandse taalgebied voorhanden. Van de meeste genoemde lijsten zijn voor onderzoekdoeleinden wel experimentele versies te vragen bij het Centrum voor Rouwonderzoek en Interventies van de Universiteit Utrecht. De psychometrische kwaliteit en de normering van de lijsten zijn evenwel onvoldoende bestudeerd voor de Nederlandse situatie om probleemloos gebruik in de klinische praktijk te kunnen waarborgen. Bovendien manifesteert zich bij vragenlijsten voor rouwsymptomatologie de complicatie dat verliesverwerking een proces is en dat normering en grensscores voor afwijkingen van het 'normale' patroon zich niet laten stellen zonder de tijdsperiode sinds het overlijden in acht te nemen. Het zijn deze beperkingen die voor veel praktici en wetenschappelijk onderzoekers aanleiding zijn om voor de inventarisatie van rouwproblematiek terug te vallen op het diagnostisch interview of algemene vragenlijsten zoals de SCL-90 en de AGV-28 of op depressielijsten als de BDI en de Zung. In dit kader kan eveneens de Impact of Event Scale genoemd worden van Horowitz, Wilner en Alvarez (1979) voor de inventarisatie van posttraumatische stress-symptomatologie. Deze is voor het Nederlandse taalgebied bewerkt door Brom en Kleber (1985).

## 7 Behandeling

### 7.1 *Rouwbegeleiding en rouwtherapie*

In de literatuur (zie bijvoorbeeld Worden, 1991) wordt onderscheid gemaakt tussen rouwbegeleiding en rouwtherapie. Rouwbegeleiding is geëigend wanneer er geen sprake is van pathologie, terwijl rouwtherapie geïndiceerd is wanneer op de een of andere wijze sprake is van verstoring van het rouwproces. Rouwbegeleiding wordt doorgaans verzorgd door pastoraal werkers, artsen, medewerkers van Humanitas, vrijwilligers (veelal mensen die zelf een sterfgeval meegemaakt hebben), verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen. Zoals reeds is aangegeven, is het onderscheid tussen normale en pathologische rouw niet altijd geheel helder, en daarmee is ook het onderscheid tussen rouwbegeleiding en -therapie niet altijd geheel inzichtelijk. Voor een overzicht van de mogelijkheden en effecten van rouwbegeleiding wordt verwezen naar Schut (1992). In deze bijdrage beperken we ons tot een beschrijving van rouwtherapieën.

### 7.2 *Confrontatie als middel*

Als nabestaanden blijvend problemen hebben met de verwerking van het verlies van een dierbare, dan komt dat, uitgaande van de rouwarbeid-hypothese, doordat men niet heeft kunnen aanvaarden of verwerken dat de gebeurtenis zich in hun leven heeft voorgedaan. In de terminologie van het takenmodel van Worden (1991) is men de realiteit van het verlies onvoldoende onder ogen gekomen en is ook de confrontatie met de emoties van het verlies onvoldoende aangegaan. Men is er niet in geslaagd klaar te komen met het gegeven dat het verlies onuitwisbaar en onomkeerbaar is. Het doel van nagenoeg elke therapie is uiteindelijk dat de nabestaande verder kan in de wetenschap dat het verlies een gegeven is en dat men zich realiseert dat het deel is van het eigen levensverhaal.

Gemeenschappelijk aan alle psychotherapeutische benaderingen van pathologische rouw is dat de vermijdingsreacties worden aangepakt. Deze kunnen op uiteenlopende aspecten betrekking

hebben. Zo kan, geheel of gedeeltelijk, de realiteit van het overlijden worden vermeden. De nabestaande kan ook de emoties die samenhangen met het verlies vermijden. Achtergrond hiervan kan zijn de gedachte dat men de intensiteit van de gevoelens meent niet aan te kunnen, of dat de confrontatie met bepaalde gevoelens te moeilijk is. Daarnaast kan de nabestaande bepaalde situaties of voorwerpen vermijden, met name die op een bepaalde manier het verlies onder de aandacht brengen. Tot slot kan de nabestaande het gesprek over het verlies vermijden. Dit gaat vanzelfsprekend veelal gepaard met sociale teruggetrokkenheid. Schijnbaar met dit alles in tegenspraak is het gegeven dat nabestaanden soms bepaalde voorwerpen bij voortduring tot hun beschikking willen hebben in een kennelijke poging de band met de overledene vast te blijven houden. Vaak is dergelijk gedrag evenwel ook te interpreteren als vermijding: de aanwezigheid van dergelijke voorwerpen dient veelal als een manier om het verlies niet onder ogen te zien.

Recent wordt gewezen op mogelijke eenzijdigheid in de nadruk die in rouwtherapie, maar ook in de visies op het rouwproces in het algemeen (Stroebe & Stroebe, 1991), wordt gelegd op confrontatie met aspecten van het verlies op zich (Stroebe & Schut, 1995). Naast het verwerken van het verlies staat de nabestaande immers ook voor de taak om het gat dat de overledene in de dagelijkse praktijk van de nabestaanden achterlaat te vullen. Dat impliceert dat nabestaanden ook nieuwe rollen, posities en vaardigheden moeten ontwikkelen om het leven geleidelijk weer zijn gang te laten vinden. Dergelijke, zogenaamde 'restaurantieve' aspecten van het verlies krijgen tot op heden weinig aandacht in de behandeling van gecompliceerde rouw.

### 7.3 *Behandelvormen*

Het behandelen van vermijdingsreacties vindt plaats door de cliënt te stimuleren de confrontatie aan te gaan met de vermeden pijnlijke zaken. Psychotherapieën verschillen evenwel in de mate van directiviteit waarin die confrontatie wordt vormgegeven.

Binnen de *gedragstherapie* wordt hierbij vooral gebruik gemaakt van de technieken van (in vivo of in vitro) systematische de-

sensitatie of flooding (Ramsay, 1975; Mawson e.a., 1981). In het algemeen hebben deze technieken hun waarde bewezen en ook met betrekking tot pathologische rouw zijn er aanwijzingen dat deze interventies positieve effecten sorteren.

De *cognitieve (gedrags)therapie* en *rationeel emotieve therapie* integreren gedragstherapeutische methoden, maar richten zich daarnaast op bepaalde opvattingen bij nabestaanden die tot extra emotionele problemen kunnen leiden (Kavanagh, 1990; Fleming & Robinson, 1991; De Keijser & Schut, 1991; Warren & Zgourides, 1991). Dit betreft bijvoorbeeld de opvattingen die nabestaanden kunnen hebben over hoe zij zich hadden moeten gedragen tijdens het sterfbed van hun partner. Men kan zichzelf kwalijk nemen niet flinker te zijn geweest of niet anders gehandeld te hebben en meer gedaan te hebben voor de partner. Interventies kunnen in dat geval gericht worden op de irreële eisen die men zichzelf stelt. Een ander voorbeeld van belemmerende gedachten zijn de ideeën van nabestaanden hoe anderen zich na het overlijden moeten gedragen. Nabestaanden kunnen daarnaast onredelijk kwaad en verbitterd worden door de hoge eisen die men aan de omgeving stelt. In dat geval kan de cognitieve interventie gericht zijn op het expliciteren van het onderscheid tussen de eis dat anderen zich op een bepaalde manier moeten gedragen en de wens dat ze dat doen. Eisen leiden immers tot meer emotionele problemen dan wensen. Angst voor verlies van controle, met name wanneer men de emoties de vrije loop zou laten, is een andere bron van cognitieve belemmeringen van het verwerkingsproces. In dergelijke gevallen kan de therapeut trachten die opvattingen ter discussie te stellen en proberen de cliënt ervan te overtuigen dat geen grote rampen te gebeuren staan wanneer de emoties geuit worden. Wanneer de cliënt uiteindelijk geloof hecht aan deze nieuwe opvattingen, zal hij vervolgens de stap kunnen zetten om wel zijn gevoelens te uiten.

*Psychodynamische therapie* richt zich primair op conflicten binnen een individu. In het geval van verstoorde rouw betekent dit dat de aanpak zich met name richt op het doorwerken van conflicten binnen de voormalige relatie. Concreet betekent dit dat de therapie zich richt op herziening van zowel de positieve als de negatieve aspecten van de voormalige relatie. Anderzijds kan

psychodynamisch georiënteerde therapie gericht worden op selectieve versterking van het ego in de vorm van het faciliteren van de expressie van emoties (met name agressie en schuldgevoelens) (Raphael, 1977).

Het laatste decennium wordt ook *creatieve therapie* – al dan niet in combinatie met andere therapievormen – breder toegepast bij de behandeling van pathologische rouw (Irwin, 1991; Mango, 1992; Vos, 1992; Schut e.a., 1996). Zowel bij de behandeling van rouwproblematiek bij kinderen als bij volwassenen is creatieve therapie met name geïndiceerd wanneer de cliënt niet in staat blijkt de emoties onder woorden te brengen, vooral daar waar het 'ongepaste' emoties betreft als agressie en wraakgevoelens. Een van de voordelen van creatieve therapie is, dat door het gebruik van symbolische beelden de mogelijkheid van zelf-censuur afneemt. De achterliggende gedachte is, dat de cliënt door de creatieve uitingen in staat wordt gesteld de onderdrukte emoties onder ogen te komen en te uiten op een wijze die niet zeer bedreigend is voor de cliënt. In de behandeling kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van tekenen, boetsen en schilderen, maar ook van muziek en foto's.

*Hypnotherapie* wordt in geval van rouw vrijwel uitsluitend toegepast in geval van een traumatisch verlies, zoals bij verkeersongevallen, rampen of moord (Van der Hart, Brown & Turco, 1990; Vijselaar & Van der Hart, 1992). In feite wordt in dergelijke gevallen de posttraumatische stress-stoornis, veelal beschouwd in termen van dissociatie van de traumatische ervaring van het normale bewustzijn, behandeld. Die wordt geacht het verwerkingsproces van het verlies te belemmeren. De hypnotherapeutische behandeling van pathologische rouw kan in drie fasen worden onderscheiden. In de eerste fase worden de traumatische herinneringen, die doorgaans vermeden worden, blootgelegd. In de tweede fase wordt het trauma geneutraliseerd; de gebeurtenis wordt als het ware ontdaan van zijn emotionele aspecten. De derde fase, die niet in alle gevallen noodzakelijk is, omvat de therapeutische revisie. De pijn die geassocieerd is met de traumatische gebeurtenis, wordt in dat geval gesubstitueerd door positieve of neutrale emoties of beelden. Wanneer deze traumabehandeling succesvol is, kan het rouwproces zijn natuurlijke loop nemen.

Enigszins gelijkend op hypnotherapie is de zogenaamde '*guided imagery*' (Melges & DeMaso, 1980). Guided imagery omvat een drietal fasen. De eerste fase, herbeleving, betreft het in gedachten opnieuw laten plaatsvinden van een specifieke gebeurtenis (het ongeval of de uitvaart bijvoorbeeld). De tweede fase, herziening, omvat het aanpassen van de betreffende situatie op een zodanige wijze, dat het belemmeringen van het rouwproces aanpast (de cliënt is bijvoorbeeld alleen tijdens de uitvaart en wordt niet omringd door een groot aantal mensen). Tijdens de derde fase, waarin de herziene situatie in vitro opnieuw bezocht wordt, doet de cliënt die dingen waar hij in de realiteit niet toe in staat is geweest (zeggen dat hij van haar houdt of het uiten van ambivalente gevoelens bijvoorbeeld). Op deze wijze worden barrières weggenomen, waardoor de cliënt beter in staat is de confrontatie met de realiteit aan te gaan.

Van oorsprong werden *afscheidssrituelen* vooral in directieve therapie toegepast, maar het heeft ook ingang gevonden in andere therapievormen (Van der Hart, 1987; Reeves & Boersma, 1990). In rouwtherapie veelgebruikte afscheidssrituelen zijn het op ceremoniële wijze afstand doen van bepaalde zaken. Dit kan bijvoorbeeld zijn het begraven of verbranden van persoonlijke eigendommen van de overledene, een brief die tijdens de behandeling door de cliënt is geschreven aan de overledene of een tekening die de cliënt heeft gemaakt. Met name wanneer dit ingebed wordt in een bredere therapeutische context en in een ceremonieel kader, en wanneer de cliënt het niet ervaart als een beperkende en oppervlakkige aangelegenheid, kan er onmiskenbaar een heilzame werking van uitgaan.

*Bibliotherapie*, het in het kader van de behandeling lezen van bepaalde publicaties, kan in geval van pathologische rouw positieve effecten hebben (Doka, 1990). Met name het lezen en bespreken van ego-documenten kan zeer behulpzaam zijn bij het als normaal gaan beschouwen van bepaalde rouwreacties en kan nabestaanden een belangrijke bron van herkenning en erkenning bieden.

Onafhankelijk van de gehanteerde therapievorm is het uitgangspunt in alle rouwtherapieën dat de cliënt zich uiteindelijk cogni-



tief en emotioneel moet realiseren dat het verlies onomkeerbaar is, en dat hij afscheid moet nemen van de overledene. Afscheid nemen betekent daarbij vanzelfsprekend niet dat men niet meer aan de overledene mag denken. Afscheid nemen betekent ook niet de ander in de steek laten. Het betekent de ander een andere plaats geven in het eigen bestaan. En het betekent vooral ook de draad van het eigen leven weer oppakken, zonder dat de overledene voortdurend aanwezig is.

#### 7.4 Effecten

Tot op heden is slechts beperkt methodologisch verantwoord onderzoek verricht naar de effecten van de behandeling van pathologische rouw. Het verrichte effectonderzoek duidt erop dat gedragstherapie, cognitieve therapie, hypnotherapie en psychodynamische therapie bij pathologische rouw over het algemeen positieve effecten sorteren (zie bijvoorbeeld Horowitz e.a., 1984; Brom, Kleber & Defares, 1989; Schut, 1992). Meer onderzoek daaromtrent is nodig om tot een gedegen oordeel te komen over de waarde van de verschillende behandelvormen.

#### Literatuur

- Baum, A. & Grunberg, N.E. (1991). Gender, stress, and health. *Health Psychology*, 10, 80-85.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth/New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books/London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London: Hogarth/New York: Basic Books/Harmondsworth: Penguin Books.
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Brom, D., Kleber, R.J. & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1995). *Statistisch zakboek 1994*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Clayton, P.J. (1990). Depression and bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (sup), 34-38.

- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cuisinier, M.C.J., Grauw, C.P.H.M. de, Kuijpers, J.C., Hoogduin, C.A.L. & Minnen, A. van (1992). Meting van rouw na een zwangerschapsverlies: Eerste bevindingen met de Nederlandse versie van de Perinatal Grief Scale (PGS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 651-655.
- Doka, K.J. (1990). The therapeutic bookshelf. *Omega*, 21, 321-326.
- Farr, W. (1858/1975). Influence of marriage on the mortality of the French People. In N. Humphreys, *Vital statistics: A memorial volume of selections from reports and writings of William Farr*. New York: Methuen/The Scarecrow Press.
- Faschingbauer, T.R., Zisook, S. & Devaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of grief and bereavement* (pp. 19-124). Washington: American Psychiatric Press.
- Fleming, S. & Robinson P.J. (1991). The application of cognitive therapy to the bereaved. In T.M. Vallis, J.L. Howes & P.C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy*. New York: Plenum.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 4, 288-301.
- Hart, O. van der (red.) (1987). *Afscheidnemen: Afscheidsrutuelen in de psychotherapie*. Lisse: Zwets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, Brown, P. & Turco, R.N. (1990). Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 263-271.
- Hogan, N.S. & Greenfield, D.B. (1991). Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample. *Journal of Adolescence Research*, 6, 97-112.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D.S., DeWitt, K. & Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy for bereavement reactions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). The Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C. & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1160.
- Irwin, H.J. (1991). The depiction of loss: Uses of clients' drawings in bereavement counseling. *Death Studies*, 15, 481-497.
- Jacobs, S. (1993). *Pathological grief: Maladaptation to loss*. Washington: American Psychiatric Press.
- Joung, I. (1996). *Marital status and health: Descriptive and explanatory studies* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kavanagh, D.J. (1990). Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *British Journal of Psychiatry*, 157, 373-383.
- Keijser, J. de & Schut, H.A.W. (1991). *Individuele rouwbeleiding: Een programma voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kleinman, A. & Good, B. (Eds.) (1985). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Mango, C. (1992). Emma: Art therapy illustrating personal and universal images of loss. *Omega*, 25, 259-269.
- Mawson, D., Marks, I.M., Ramm, L. & Stern, R.S. (1981). Guided mourning for morbid grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Melges, F.T. & DeMaso, D.R. (1980). Grief-resolution: Reliving, revising, and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.
- Middleton, W., Moylan, A., Burnett, P. & Martinek, N. (1991). *An international perspective on bereavement related concepts*. Paper presented to the Third International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Sydney.
- Parkes, C.M. (1986). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (second edition). London: Tavistock.
- Ramsay, R.W. (1975). Behaviour therapy and bereavement. In J.C. Brengelmann (Ed.), *Progress in behaviour therapy* (pp. 77-84). Berlin: Springer.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.
- Reeves, N.C. & Boersma, F.J. (1990). The therapeutic use of ritual in maladaptive grieving. *Omega*, 20, 281-291.
- Sanders, C.M., Mauger, P.A. & Strong, P.N. (1985/1991). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press/Charlotte, NC: Center for the Study of Separation and Loss.
- Schut, H.A.W. (1992). *Omggaan met de dood van de partner: Effecten op gezondheid en effecten van rouwbegeleiding*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Schut, H.A.W., Keijser, J. de, Bout, J. van den & Dijkhuis, J. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Schut, H.A.W., Keijser, J. de, Bout, J. van den & Stroebe, M.S. (1996). Cross-Modality Grief Therapy: Description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 357-365.
- Stroebe, M.S. & Stroebe, W. (1991). Does 'grief work' work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 479-482.
- Stroebe, M.S. & Schut, H.A.W. (1995). *The Dual Process Model of Coping with Loss*. Paper presented at the International Work Group on Death, Dying and Bereavement, Oxford.
- Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 208-226).

- Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1994). Is grief universal? Cultural variation in the emotional reactions to loss. In R. Fulton & R. Bendiksen (Eds.), *Death and identity* (pp. 177-209). Philadelphia: The Charles Press.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N. & Aldaheff, J.M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29-45.
- Vijselaar, J. & Hart, O. van der (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 1-6.
- Vos, M. (1992). *Beeldende creatieve therapie bij verliesverwerking in het algemeen en in combinatie met een posttraumatische stress-stoornis*. Eindwerkstuk praktijk voor creatieve therapie. Lunteren: Herstellingsoord Mens & Samenleving.
- Warren, R. & Zgourides, G. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive approach*. New York: Pergamon.
- Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (revised second edition). New York: Springer.