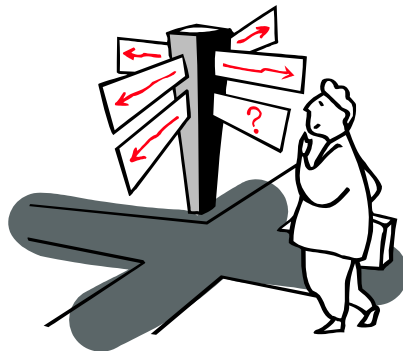


Handboek verliesbegeleiding, voor (beginnende) fysiotherapeuten.



Hogeschool van Amsterdam
Juli 2001
Anke Houtackers & Corina Jacobs

Inhoudsopgave

| | pagina |
|---|--------|
| Voorwoord | 4 |
| 1 Revalidatie | 6 |
| 1.1 SAMPC en RAP analyse | 6 |
| 1.2 Fasen van de revalidatie | 6 |
| 1.3 Het multidisciplinaire team | 7 |
| 2 Verliesverwerking | 9 |
| 2.1 Fasen van Bout en Kleber | 10 |
| 2.2 Fasen van Kübler-Ross | 11 |
| 2.3 Een drietal innerlijke processen. | 12 |
| 2.4 Gezinstaken bij verliesverwerking: de drie O's | 13 |
| 3 Rouwtheorieën in historisch perspectief | 14 |
| 3.1 Freud | 14 |
| 3.2 Lindemann | 15 |
| 3.3 Marris' | 15 |
| 3.4 Bowlby | 15 |
| 3.5 Horowitz | 15 |
| 3.6 Fink | 15 |
| 3.7 Kübler-Ross | 16 |
| 4 Pathologische rouwverwerking | 17 |
| 4.1 Verschijnselen van pathologische rouw | 17 |
| 4.2 Vooroordelen over verliesverwerking | 17 |
| 4.3 Symptomen van gecompliceerde verliesverwerking: | 18 |
| 4.4 Risicofactoren voor het ontstaan van gecompliceerde verliesverwerking: | 18 |
| 4.5 Behandeling bij pathologische rouw met medicatie | 18 |
| 5 Verliesbegeleiding | 19 |
| 5.1 Doelen van de rouwbegeleiding | 19 |
| 5.2 Kenmerken van cliënt gerichtheid | 20 |
| 5.3 Basisvaardigheden in verliesbegeleiding | 20 |
| 5.3.1 SLOP | 20 |
| 5.3.2 SCHOON | 23 |
| 5.4 Het slecht nieuwsgesprek | 24 |
| 5.4.1 Evaluatie | 24 |
| 5.4 Tips | 25 |
| 5.4.1 Checklist: belangrijke aandachtspunten in het contact met rouwendenden. | 25 |
| 5.4.2 Tips om iemand te helpen | 26 |
| 5.5 Belangrijke punten om in acht te nemen. | 27 |
| 5.6 Waarom praten mensen niet over verdriet? | 27 |
| 6 Begeleidingsvalkuilen | 29 |
| 7 Cultuur | 31 |
| 7.1 Godsdienst; Christelijke en joodse visie op het rouwproces. | 33 |
| 7.1.1 Christelijke visie | 33 |
| 7.1.2 Het Jodendom | 33 |
| 8 Posttraumatische stress en het burnout-syndroom | 35 |

| | | |
|------|---|----|
| 8.1 | Uitputtende werkstress: het burnout-syndroom | 35 |
| 8.2 | Signalen die kunnen wijzen op burnout | 35 |
| 8.3 | Het verloop van burnout in fasen ingedeeld | 35 |
| 8.4 | Factoren die het risico op burnout blijken te bevorderen. | 36 |
| 8.5 | Posttraumatische werkstress: | 36 |
| 8.6 | Posttraumatische stressstoornis (PTSS): | 36 |
| 8.7 | Risicofactoren voor het ontstaan van PTSS | 37 |
| 8.8 | Stressreductiemethoden | 38 |
| 8.9 | Hanteringstijlen voor/tijdens/na ingrijpende gebeurtenissen | 38 |
| 8.10 | Positieve zelfinstructies | 38 |

Literatuurlijst

Bijlagen

Stadia van de fasen van rouw.

Voorwoord

Bij de voorbereiding van deze afstudeeropdracht wilden we beide een onderwerp in de richting van de revalidatie uitwerken. Logisch was het dus om een aan revalidatie gerelateerd onderwerp te nemen voor onze afstudeeropdracht. Na enkele andere overwegingen hebben we het onderwerp verliesverwerking genomen voor ons handboek.

De probleemstelling is:

Hoe gaat een fysiotherapeut om met een patiënt in de verschillende verwerkingsfasen van het revalidatieproces?

Het doel van dit handboek is aan fysiotherapeuten duidelijke instructies en tips te geven met betrekking tot het omgaan met de psychische gevolgen van het verlies, in de verschillende fasen van het verwerkingsproces, die bij het revalidatieproces voorkomen.

Het werkproces is heel afzonderlijk geweest, maar wel met regelmatig contact. De start van het project nu ongeveer een jaar geleden, is niet tegelijk geweest. Hierdoor was het noodzakelijk om afzonderlijk te werken. Na een tussenpose van zo'n tien maanden, waarin we een blok les hebben gehad en twee stages hebben gelopen, hebben we het project opnieuw opgepakt. Dit bracht meer vertraging dan verwacht op. Maar het handboek is af en dat hebben we mede te danken aan Rob Boersma onze begeleider vanuit de Hogeschool van Amsterdam. Mede willen we alle mensen bedanken die onze vragenlijst ingevuld hebben zodat we een duidelijker beeld hebben gekregen van de verliesverwerking in het werkveld.

Voor de verspreiding van de vragenlijsten voor revalidanten zijn dit:

J. Smulders, revalidatie centrum de Wielingen; A. Lunter, revalidatie centrum Beatrixoord; Dhr. Zwaan, Militair revalidatie centrum Aardenburg.

Voor het invullen van de vragenlijsten voor fysiotherapeuten zijn dit:

Het Jan van Breemen Instituut

Stichting revalidatie centrum Breda

Militair revalidatie centrum Aardenburg

Revalidatie centrum Blixembosch

Revalidatie centrum Tolburg

Revalidatie centrum Rijndam Adriaanstichting

Revalidatie centrum De Hoogstraat

Revalidatie centrum Heliomare.

Naast de vragenlijst hebben we nog enkele interviews afgenomen. Hierbij hebben we medewerking gehad van M. Ozinga maatschappelijk werkster bij revalidatie centrum Heliomare; K. Mulder Fysiotherapeut Revalidatie centrum Roessingh en mevr. Bijkerk Revalidant van het Revalidatie centrum Roessingh.

Zonder de hulp van al deze mensen en instellingen hadden we nooit tot dit resultaat kunnen komen. We willen daarom iedereen bedanken voor hun steun en hulp.

Anke Houtackers en Corina Jacobs

Inleiding

Het handboek is verdeeld in 9 hoofdstukken. In het handboek is gebruik gemaakt van de mannelijke vorm om de leesbaarheid te bevorderen. Het begrip rouwverwerking en verliesverwerking de begrippen zijn door elkaar heen gebruikt.

De verschillende hoofdstukken:

Hoofdstuk één geeft een globaal overzicht van een revalidatie proces en uit welke fasen deze bestaan. Daarnaast worden de disciplines, betrokken bij een revalidatie, kort toegelicht.

Hoofdstuk twee bespreekt de verliesverwerking daarbij worden de fasen van Bout & Kleber en van Kübler-Ross besproken. Naast deze fasen beschrijving zijn er nog meer deze staan in de bijlagen genoemd. De drie o's, de gezinstaken, worden besproken, die geven aan hoe het gezin elkaar kan steunen.

Hoofdstuk drie zijn zoals de naam het al zegt, rouwtheorieën in historisch perspectief, de verschillende theorieën over rouw in de loop van de tijd tot aan de fasen theorie van kübler-Ross genoemd.

Hoofdstuk vier gaat over pathologische rouwverwerking en noemt de verschijnselen en de risicofactoren van pathologische rouwverwerking.

Hoofdstuk vijf over het begeleiden bij een verliesverwerkingsproces. Hierbij staan de doelen van deze begeleiding vermeld. Wat cliëntgerichtheid inhoud en daarnaast de begeleidingsmodellen SLOP en SCHOON. Hoe men om gaat met het brengen van slecht nieuws en hoe men de ontvanger kan begeleiden daarin worden besproken bij het slechtnieuwsgesprek.

Hoofdstuk zes in dit hoofdstuk worden punten besproken waarmee rekening gehouden moet worden bij de begeleiding van een verliesverwerkingsproces.

Hoofdstuk zeven wordt verlies besproken in verschillende culturen en de wijze van verliesverwerking bij de drie grote Godsdiensten van Nederland , het christendom, het jodendom en de islam.

Hoofdstuk acht attendeert er op dat een beroepskracht in de gezondheidszorg op moet letten voor de risicofactoren van het burnout syndroom en het posttraumatisch stress syndroom.

Hoofdstuk negen bevat de conclusies uit de interviews en de enquêtes waarvan de meeste punten terloops in het handboek verwerkt zijn.

Daarnaast bevat het handboek een samenvatting, een bijlage met de verschillende fasen beschrijvingen en een literatuurlijst.

1 Revalidatie

Er zijn twee vormen van revalidatie: specialistische en niet-specialistische revalidatie.

Men spreekt van specialistische revalidatie indien deze wordt uitgeoefend door een revalidatieteam samen met een revalidatie arts. Niet specialistische revalidatie is revalidatie die in handen is van een verpleeghuisarts of huisarts in samenwerking met een team van diverse disciplines. Revalidatie hoeft dus niet altijd in een revalidatie centrum plaats te vinden. De verschillende mogelijk heden zijn:

- revalidatie centrum
- ziekenhuis
- verpleeghuis
- thuiszorg^{•3}

Het doel van de revalidatie is het maatschappelijk functioneren van de revalidant optimaliseren. De revalidatie richt zich op het opheffen en/of compenseren van stoornissen, beperkingen en handicaps om dit doel te bereiken. De revalidatie richt zich op stoornis-, beperkings- en handicapsniveau. De revalidatie verwacht participatie van de revalidant bij de behandeling. De behandeling wordt niet meer geheel verzorgd zonder inspraak van de revalidant. Het doel hiervan is dat de revalidant weer verantwoordelijkheid voor zich zelf neemt en voor zijn gezondheid. Dit gebeurt ook om hospitalisatie tegen te gaan.^{•3,4,14}

1.1 SAMPC en RAP analyse

De gegevens van de revalidant moeten worden vastgelegd. Hiervoor zijn verschillende meetinstrumenten. In de revalidatie wordt vaak gebruik gemaakt van **SAMPC** en **RAP** model. De modellen vormen een communicatie en registratie systeem binnen het multidisciplinaire team. Het structureert de communicatie binnen het team en het legt de ernst van beperking en handicapsniveau vast voor onderzoeks- en beleidsdoeleinde.^{•32}

SAMPC

RAP (Revalidatie Activiteiten Profiel)

Somatiek

Communicatie

Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)

Mobiliteit

Maatschappelijk functioneren

Persoonlijke verzorging

Psychisch functioneren

Dag besteding

Communicatie

Relaties^{•3,4,14}

Bij het SCAMP model worden in het team of per discipline elke van de vijf domeinen besproken en geregistreerd. Hierdoor worden geen gebieden overgeslagen en is de registratie van overzichtelijker.

Het RAP model bestaat uit een lijst van activiteiten die weer onderverdeeld zijn in subitems. De items worden beoordeeld op beperking/ handicap en probleemervaring in een punten systeem van 0 tot 3 oplopend in ernst.^{•32}

1.2 Fasen van de revalidatie

Een revalidatieproces bestaat uit verschillende fasen. Deze fasen zijn niet van dezelfde duur en bij elke fase zijn andere disciplines in meer of mindere mate betrokken. Het zijn vier fasen, te weten:

- de opname fase
- de bed fase
- de actieve trainingsfase
- de ontslag fase.^{•4}

Hieronder worden de verschillende fasen toegelicht.

De opname fase:

Tijdens de opname fase is er een intake. De intake is vooral inventariserend en informerend bedoeld en geeft aanknopingspunten voor de verdere aanpak.

Bij de intake komen de volgende punten aan de orde:

| | |
|--|---|
| De actuele situatie | De revalidatie arts kijkt op lichamelijk vlak naar de actuele situatie en brengt dit in kaart. De maatschappelijk werker (mw.) kijkt op geestelijk vlak naar het psychisch wel bevinden. |
| Beleving, levensgeschiedenis, verwachtingen | De maatschappelijk werker (mw.) heeft een indruk gekregen van de beleving, levensgeschiedenis, verwachtingen tijdens de intake. De mw. zal hierover laten praten en ruimte geven om gevoelens te uiten die hiermee gepaard gaan. Tevens kan ze een informatieve rol spelen. Het is belangrijk om een cliëntgerichte behandeling op te zetten. Bij deze behandeling is het van belang te weten hoe de revalidant schokkende ervaringen beleeft, wat zijn voorgeschiedenis is en zijn verwachtingen voor de toekomst. |
| Sociale omstandigheden, relatie(s) | De zorg is gericht op de leefwijze die de revalidant had en de mate waarin hij deze wil en weer kan oppakken. |
| Woonsituatie | De woonsituatie wordt geïnventariseerd zodat bepaald kan worden of een verhuizing nodig is. Hierbij zal de ergotherapeut kijken of en in hoeverre aanpassingen in huis noodzakelijk zijn. |
| Opleiding, studie, arbeid | De opleiding, studie en arbeid geven aan waar de interesses van de revalidant liggen. Men kan van hieruit gaan denken over de mogelijkheid tot herintegratie. |
| Hobby's | Het verlies van hobby's kan ingrijpend zijn. De revalidant verliest niet alleen de hobby, maar vaak ook de sociale contacten die daarmee gepaard gaan. |
| Vervoer | Er wordt gekeken naar de vervoersmogelijkheden. Denk daarbij aan aanpassingen in de auto of het gaan halen van een rijbewijs om de zelfstandigheid te behouden. ^{•4} |
| Het bespreken van de mogelijkheid tot weekend overnachting voor partner of familie | |

De bedfase:

De bedfase is tegenwoordig in tegenstelling tot het verleden niet lang meer. De meeste behandelingen worden tegenwoordig zo gegeven dat een snelle mobilisatie mogelijk is. In een enkel geval is een langere bedfase, dit ontstaat dan voornamelijk door decubitusproblematiek. Na de bedfase gaat de revalidatie over op de actieve trainingsfase. Door de korte bedfase is er weinig tijd voor de revalidant om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. ^{•4,14}

De actieve trainingsfase:

Deze fase bestaat uit een intensief therapieprogramma. Door de snel op een volgende fasen van de revalidatie voor de actieve trainingsfase, begint het verwerkingsproces van de gevolgen van het trauma pas tijdens de actieve trainingsfase.

Zowel voor de lichamelijke en de geestelijke belastbaarheid wegen de volgende punten mee:

| | |
|---|---|
| Verwerkingsproblematiek | De revalidant en eventueel de familie krijgen hierbij begeleiding van de mw. |
| Relationele situatie, mogelijkheden | De familie en de sociale omgeving spelen een belangrijke rol bij het verwerkingsproces. Men moet kijken of en in hoeverre de familie kan bijdragen aan het herstel. Kunnen zij dit niet of onvoldoende, dan kan men op tijd gaan kijken naar alternatieven. |
| Vorbereidende activiteiten met betrekking tot thuisweekends | Er kan een verwijderingsproces ontstaan. Partners en familie kunnen uit elkaar groeien. Thuisweekends is een mogelijkheid om het verwijderingsproces tegen te gaan. |
| Contacten met diverse instanties | Er zijn in Nederland vele instanties. De revalidant wordt wegwijs gemaakt in dit doolhof. |
| Informatie verstrekking | Voor de revalidant is het belangrijk om geïnformeerd te worden. Duidelijke informatie over het revalidatie proces geeft de revalidant een goed beeld van zijn situatie. Hierdoor worden zijn twijfels weggenomen en kan hij zich richten op het verwerkingsproces. Wat het verwerkingsproces ten goede. |
| Introductie informatie groep | Tijdens de informatie groep bijeenkomsten kunnen familie en revalidanten informatie inwinnen over alle aspecten van de revalidatie. |
| Introductie brugwoning | Een brugwoning is een op het terrein gelegen, op rolstoel gebruik aangepaste, bungalow waar de revalidant alleen met het gezin kan wonen om ervaring met zelfstandig wonen op te doen. |
| Werkhervatting- of omscholingsmogelijkheden, hobby's | De revalidatie is op dit moment gericht op de tijd die na het revalidatie proces zal volgen. Zodat de revalidant zijn gewenste leefwijze weer kan oppakken.* ⁴ |

De ontslag fase:

De therapieën worden afgebouwd. Er moet alert gekeken worden naar noodzakelijke zorgvragen. Indien er knelpunten gesignaleerd worden zoekt men naar oplossingen. Na ontslag krijgt de revalidant een contactpersoon toegewezen binnen het revalidatie team. Deze contactpersoon is er om de revalidant bij te staan na het revalidatieproces.*⁴

1.3 Het multidisciplinaire team

De samenstelling van het revalidatie team varieert afhankelijk van de problematiek van de revalidant. Hieronder volgen de verschillende disciplines die actief zijn in een revalidatieteam met bij enkele disciplines een korte uitleg.

Revalidatie arts

Revalidatie vraagt een intensieve multidisciplinaire samenwerking. De revalidatie arts is de coördinator en eindverantwoordelijke voor de revalidatie.

Bij overplaatsing naar het revalidatiecentrum wordt de patiënt direct medisch onderzocht, waarna een uitgebreid anamnese een volledig medisch onderzoek plaatsvindt.

Op basis van een uitgebreide anamnese met de patiënt en het sociaal netwerk, waarbij de samenvatting-analyse of rapport-analyse de leidraad vormt, wordt een eerste indruk gevormd over de psychosociale consequenties van de huidige en de toekomstige functionele beperkingen.

Verpleegkundigen

De verpleegkundige is het eerste aanspreekpunt, voor de revalidant en de familie, en moet op letten geen onjuiste informatie te verstrekken.

De verpleegkundige zorgt voor de verzorging en moet daarom voldoende achtergrond informatie hebben van de revalidant.

De zaken waarvan de verpleegkundige o.a. op de hoogte moet zijn, zijn

- Ligging
- Draaitijden
- ADL
- Medicatie
- Voeding
- Psychische toestand van de revalidant
- Toestand thuis.

Het is de verpleegkundige, die in de 24-uurs zorg de reacties van de revalidant kan volgen en signaleren en daardoor als informatiebron van de revalidant naar het behandelteam toe van grote waarde is. Tevens is het belangrijk dat de revalidant en verpleegkundige een band op bouwen. Dit kan het verwerkingsproces positief beïnvloeden.

Fysiotherapeuten

De fysiotherapeut zal een eigen, aanvullend, specifiek onderzoek verrichten.

Fysiotherapie is een geheel van activiteiten dat gericht is op het bewegend functioneren van de mens in relatie tot zichzelf en zijn omgeving met als doel het voorkomen, opheffen, verminderen en/ of compenseren van ziekten en stoornissen van het bewegingsapparaat en de functioneel daarbij betrokken organen en regelsystemen, en de daaruit voortvloeiende beperkingen en handicaps.

Ergotherapeuten

De ergotherapeut zal een specifiek onderzoek en een eigen intake verrichten. Het onderzoek is voornamelijk gericht op de arm- handfunctie, de woning en werkplek, vervoer en noodzakelijke voorzieningen. De verdeling van het werkveld van fysiotherapeut en ergo kan verschillen per instelling. Het werkveld van deze disciplines overlapt elkaar gedeeltelijk. De verdeling is: fysiotherapie grove motoriek en onderste extremiteiten en de ergotherapie fijne motoriek en bovenste extremiteiten.

Psycholoog

Om tot een juiste inschatting van de problematiek te komen beschikt de psycholoog naast observatie, gesprekken en probleemsignalering via andere teamleden over het instrumentarium voor de psychodiagnostiek. Hiertoe behoren onder meer vragenlijsten op het gebied van coping, persoonlijkheid, handicapverwerking en assertiviteit. Het geheel van de verkregen informatie leidt tot de keuze van interventies.

Maatschappelijk werker (mw.)

Doel is het aanbieden van begeleiding in de psychosociale sfeer aan zowel de revalidant als diens sociale omgeving. De mw. begeleidt het verliesverwerkingsproces. De maatschappelijk werker kan ook bij afscheidsrituelen een ondersteunende rol spelen. De mw. heeft een rol in alle fasen van de revalidatie, zie voorafgaande.

Verdere disciplines van het multidisciplinaire team zijn:

- Secretariaat
- Instrumentmaker
- Orthopedisch schoenmaker
- Adaptatietechnicus
- Onderwijsadviseur
- Pastoraal werk.^{3,4,14}

2 Verliesverwerking

Een rouw- of verliesverwerkingsproces kunnen we zien als een proces van aanpassing. Mensen die het overlijden van een dierbare of een ander verlies hebben meegemaakt staan voor de taak om zichzelf, hun opvattingen, verwachtingen en hun verdere leven aan te passen aan het feit dat de dierbare definitief afwezig is. Het rouw- of verliesverwerkingsproces wordt vaak onderverdeeld in verschillende fasen. Dit gebeurt om de verschillende reacties te kunnen plaatsen in een breder kader en om zicht te krijgen op de manier waarop rouw- of verliesverwerkingsprocessen over het algemeen verlopen.⁶

Het begin van het rouwproces:

Dit is de eerste tijd nadat het dierbare verloren is. Reacties als shock en ongeloof zijn kenmerkend voor deze eerste periode. Meestal treedt de shockreactie direct na het overlijden op: ongeloof en ontkenning spelen in deze fase een rol. Verder kan er sprake zijn van heftige emoties of juist van een emotionele verdoving. Het denken kan moeizamer gaan en vaak worden activiteiten in deze fase beperkt.

Het midden van het rouwproces:

De reacties die kenmerkend zijn voor het begin van het rouwproces, zijn in het midden afgenomen. Reacties als shock, ongeloof en ontkenning zijn veelal verminderd. Men is nu beter in staat om de realiteit te aanvaarden. Het midden van het rouwproces wordt vaak gekenmerkt door afwisseling van verschillende reacties. Het ene moment spelen emoties op. Het andere moment lijken de rouwreacties naar de achtergrond te zijn en kan men zich richten op dingen die niet met het verlies te maken hebben.

Emoties en gevoelens die in je in deze periode tegenkomt zijn:

verdriet, woede, angst, schuldgevoelens, opluchting, dromen en nachtmerries, gezondheidsproblemen, zoeken, verlangen, eenzaamheid, opdringerige gedachten en herinneringen, verwarring, concentratie- en geheugenproblemen, waakzaamheid en oplettendheid, lusteloosheid, rusteloosheid, vermindering van vertrouwen, verlies van geloof, verminderde zelfwaardering, verlies van zingeving, wanhoop en depressiviteit worden genoemd.

Het einde van het rouwproces:

Het einde van het rouwproces komt geleidelijk in zicht op het moment dat het normale dagelijkse functioneren niet meer door het verdriet belemmerd wordt. Het verlies en het verdriet zijn van de voorgrond naar de achtergrond geschoven. Er is vaak sprake van een geleidelijke overgang, nabestaanden zijn geleidelijk aan steeds beter in staat de draad van het leven op te pakken en het leven wordt geleidelijk aangepast aan de nieuwe situatie.

Mensen vragen zich vaak af hoe lang een rouwproces duurt en wanneer de verwerking voltooid is. Er wordt wel eens gezegd dat het proces ongeveer één of twee jaar duurt, maar eigenlijk kunnen we dat niet zo zeggen. Een leidraad voor het constateren hoever men in het verwerkingsproces is zijn de reacties die iemand uit.

De volgende emotionele reacties zijn kenmerkend voor de laatste fase in het rouwproces:

Ontwikkeling van evenwichtige herinneringen, plezier beleven aan herinneringen, controle over gedachten en herinneringen, terugkeer naar het oude functioneringsniveau, verandering van waarden.⁶

Ongewild kun je als beroepskracht het leed van de ander vergroten. De onmacht gevoelens die een beroepskracht ervaart kunnen voortkomen uit “het overslaan” van de onmacht van de betrokkene zelf op de beroepskracht. Het fasenmodel rond het sterven (Kübler-Ross 1969) ontkenning en isolering, opstandigheid, marchanderen, depressie, aanvaarding. Wordt in de beroepspraktijk vaak onterecht gehanteerd als meetlat voor een “juist” stervensproces en als meetlat voor het verwerkingsproces bij velerlei andere verliessituaties.²⁴

Deze fasentypologie is maar een schema, bedoeld om ingewikkelde emotionele toestanden enigszins herkenbaar te maken. Er zijn allerlei variaties op het algemene thema. Ook individuele verschillen wat de volgorde betreft.^{21, 6, 22}

Verlies wordt ook wel gerangschikt onder de thematiek “*traumatische stress*”.

Men heeft getracht levensgebeurtenissen in te delen naar de mate waarin ze stress veroorzaken. Uit de lijst van levensgebeurtenissen van Holmes en Rahe (1967) blijken met name gebeurtenissen met een verlieskarakter veel stress op te roepen; de dood van de partner/geliefde/anderen, (echt)scheiding, ontslag, pensionering. Op deze hiërarchische indeling van levensgebeurtenissen is veel kritiek gekomen.

Verlies kan het leven zodanig door elkaar schudden dat er op psychologisch niveau sprake is van een “aardbeving”. Een aardbeving waarvan de draagwijdte lang niet altijd van buitenaf in te schatten is.

*Elk verlies is persoonlijk. dit is wezenlijk om inzicht te krijgen in de individuele worsteling met verlies. De objectieve inschatbaarheid van de ernst van verlies is daarmee tot een illusie verklaard.*²⁴

Om aan te geven hoe groot de draagwijdte van een verlies kan zijn wordt er wel gesproken van een aardbeving op psychologisch niveau. Het verlies is niet objectief in te schatten. Het is zeer persoonlijk en van vele factoren afhankelijk. De ernst van de verlies situatie kan worden vergroot door verliezen die eerder niet of niet volledig zijn verwerkt. Hierbij wil ik opmerken dat een verkeerde manier van verwerken niet bestaat. Iedereen heeft zijn eigen manier om met een verlies om te gaan en de ene is niet minder goed dan de andere. De manier waar op je omgaat met een verlies heet copingstijl.^{*25}

Het is belangrijk om het verlies te herkennen en te erkennen zodat de revalidant de ruimte krijgt om verder te gaan in zijn verliesverwerking. Daarbij is het belangrijk om in ogenschouw te nemen dat het niet jouw proces is maar dat het een zeer persoonlijk proces. Het is daarbij je taak je gepast bescheiden op te stellen, men moet het verlies zelf integreren in zijn of haar leven.

Volgens Van den Bout en Kleber is rouwverwerking: “Herstellen van de zekerheden in het leven en het weer opbouwen van een zekere orde in dat leven zodat men het idee weer krijgt controle over het eigen bestaan te hebben”

Een gebeurtenis waarop u geen enkele greep heeft kan iedereen overkomen. Voor de getroffen is er op dat moment een totaal gebrek aan controle. Van den Bout en Kleber geven aan hoe belangrijk het is voor iemands welbevinden dat hij het idee heeft beheersing te hebben over de omstandigheden. Na het ondergaan van een meer of minder ingrijpend trauma zal de getroffen dus bezig zijn met het opnieuw evalueren en in balans brengen van zijn normen en waarden ten opzichte van de wereld zoals hij die ervaart.

Zijn doel hierbij is dan zekerheden in zijn leven opnieuw te definiëren zodat de variabelen in dat leven aan die nieuwe zekerheden gerelateerd kunnen worden.

Halverwege de negentiende eeuw is er voor het eerst op wetenschappelijk medische manier aandacht voor de psychische gevolgen van schokkende gebeurtenissen

Zij beschrijven verschillende onderzoeken naar rouwverwerking in de jaren dertig t/m vijftig. Onderzocht werden onder andere: “afwezige” rouw, normale en gestoorde vormen van rouw en rouw na langdurig ondergaande trauma's. (n.a.v. de WO2)

Psychische problemen van mensen zouden worden veroorzaakt door wat mensen eerder meegemaakt hebben, niet door lichamelijke tekortkomingen.

Het rouwverwerkingsproces is voltooid als de persoon geen of nauwelijks last meer heeft van herbeleving, ontkenning of bijvoorbeeld lichamelijke klachten die samenhangen met de gebeurtenis.

Voor degenen die direct bij de ingrijpende gebeurtenis betrokken zijn, geldt vaak dat hun persoonlijke leven voor kortere of langere tijd is ontwricht. Zij hebben het gevoel dat er iets kapot is in hun leven.

Ze kunnen naast hun lichamelijke aandoening allerlei klachten hebben zoals geprikkeldheid, rusteloosheid en neerslachtigheid. Het kan veel energie, tijd en aandacht kosten voordat deze klachten verminderen of verdwijnen.

De twee karakteristieke elementen van ingrijpende gebeurtenissen: machteloosheid en ontwrichting, maken dat deze definitie van toepassing is op patiënten op een revalidatie afdeling of centrum..^{*25}

2.1 Het verwerkingsproces bestaat uit verschillende fasen van Bout en Kleber hebben deze als volgt beschreven.^{*9,10}

- shock
- ontkenning
- gevoelens van verdriet, machteloosheid en depressie
- opstandigheid en agressie
- acceptatie

Shock:

In de acute fase ligt de nadruk op overleven. Fysiek, dan wel psychisch is er sprake van een shock. De revalidant voelt zich verwart en wat er gaat gebeuren dringt vaak nauwelijks tot hem door.

Voor de meeste wordt de bedperiode gekenmerkt door een gevoel van onwerkelijkheid. Als een nachtmerrie die voorbij gaat.

Ontkenning:

De hoop op herstel neemt toe naarmate de revalidant zich fysiek sterker voelt.

Ontkenning is in eerste instantie een gezond psychisch defensiemechanisme, dat de revalidant beschermt tegen emoties die hij op dat moment niet aan kan.

De omgeving moet ruimte geven om de emoties te uiten en ze niet verdringen.

Er moet een klimaat zijn waarin de gevoelens geuit kunnen worden en begeleiders moeten hiervoor beschikken over een attitude en gesprekstechniek waarbij de revalidant zijn emoties kan uiten.

Let wel op dat het niet moet veranderen in een persistent klaaggedrag, dan is er een andere benadering vereist.

De patiënt komt vaak met vertekende verwachtingen van bijv.: “Ik leer weer lopen” of “Ik ben hier maar voor korte tijd”. De fysiotherapeut wordt met deze gedachten geconfronteerd. Tijdens de ontkenningfase moet hier voorzichtig mee omgegaan worden. *Confrontatie met de werkelijkheid kan tijdens de ontkenningfase er voor zorgen dat de revalidant de werkelijkheid nog meer gaat ontkennen.* Beter is het om dan doelen voor korte termijn te stellen en de patiënt te steunen. De situatie wordt na verloop van tijd vertrouwd waardoor het ontkenningsmechanisme minder noodzakelijk wordt.

Als de revalidant meer informatie krijgt, dan moet er ook voldoende ruimte gecreëerd worden om vragen te stellen en emoties te uiten.

Verdriet en machteloosheid:

Hoe een revalidant reageert op het trauma is van verschillende factoren afhankelijk. Bijvoorbeeld van zijn leefwijze en levensverwachting voor het trauma en van de manier waarop hij voorheen gewend was met problemen om te gaan. Een groot probleem is dat voor de patiënt de ervaring nieuw, schokkend en overweldigend kan zijn, maar dat de behandeling voor degenen die in het revalidatiecentrum werken vaak een routine aangelegenheid is.

Zoals bijvoorbeeld blaas- darmproblematiek of voor het gevoerd moeten worden dit geeft de patiënt soms het idee zo hulpeloos als een baby te zijn. Dit werkt ofwel verzet ofwel regressief gedrag in de hand. Het gaan functioneren op kinderlijk niveau om zo te ontsnappen aan de werkelijkheid.

Dit kan de revalidatie in de weg staan. Het is dan bijzonder belangrijk om niet met de patiënt mee te gaan maar, deze als een volwassen persoon te blijven benaderen.

De psycholoog kan hier een belangrijke rol in spelen. Hij kan de revalidant helpen zijn gevoelens van vervreemding, ontredde en verdriet te verwerken, de spanningsklachten behandelen en andere disciplines ondersteunen in hun omgang met de revalidant. Een depressie kan de patiënt apathisch maken. Angst voor de toekomst maakt de patiënt ambivalent tegenover het zelfstandiger gaan functioneren. De medische mogelijkheden zijn tegenwoordig soms groter dan de psychologische, in die zin dat de patiënt blijft leven, maar zich soms te beperkt voelt om dit leven bevredigend te vullen.

Opstandigheid en agressie:

De revalidant komt in verzet tegen zijn lot of zijn God, daar hij zich over het algemeen moeilijk op hen kan afreageren, doet hij dat op de directe omgeving.

Jaloezie vormt een belangrijk onderdeel van de agressieve fase.

De waarneming van leeftijd genoten die nog gezond zijn, beklemtoont de vraag: “Waarom ik?”. Soms is er concreet sprake van zelfverwijt of agressie tegenover de veroorzaker van het ongeval.

Soms heeft de patiënt het gevoel gestraft te worden, zoveel plezierig wordt immers afgenomen.

De verhoogde neiging tot irritatie of agressie hangt ook samen met het afhankelijk zijn. Eigen zaken niet meer zelf kunnen regelen en dan ook nog eens “dank je wel” moeten zeggen.

Acceptatie:

In de loop van de tijd voltrekt zich een proces van aanpassing aan de nieuwe situatie. Acceptatie is een woord uit de literatuur. Accepteren is moeilijk. Vaak speelt het verlies opnieuw op in bepaalde situaties. *Accepteren moet je zien in de zin van: uit de mogelijkheden het maximale halen.*

- 2.2 Eind zestiger jaren, begin zeventiger jaren ontwikkelde Kübler-Ross haar indeling voor mensen die stervende zijn. Zij sprak met veel mensen die leden aan een ernstige ziekte. Haar gesprekken gaven haar inzicht in de behoeftes van stervenden. Dit condenseerde zij tot een model. Aan de hand van dit model konden hulpverleners en naasten van de patiënt bijdragen aan de stervensbegeleiding van de zieke en hun dierbaren. Zij geeft aan dat het verwerkingsproces voltooid is indien de persoon geaccepteerd heeft dat hij gaat overlijden en dat hij alles moet loslaten in dit leven. Vanaf 1969 publiceert Elisabeth Kübler-Ross haar werken met betrekking tot stervensbegeleiding. Een hele verandering voor de medische wereld waar het dualisme op dat moment een grote rol speelt. Patiënten worden alleen behandeld voor de lichamelijke kwaal, zonder om te zien naar de verdere gevolgen die de ziekte of het trauma heeft voor de mens.

De fase beschrijving van Kübler-Ross is:²⁰

- ontkenning en isolering
- woede
- marchanderen
- depressie
- aanvaarding

Ontkenning komt voor bij praktisch alle patiënten en niet alleen in het eerste stadium of direct na de confrontatie met de ernst van de aandoening, maar kan nog terugkeren in later stadia.

Ontkenning werkt als een buffer tegen een onverwacht schokkend bericht. Door de ontkenningfase kan de revalidant weer tot zich zelf komen.

Ontkenning vindt vaak tijdelijk plaats om daarna over te gaan in gedeeltelijke aanvaarding.

Wanneer het eerste stadium van de ontkenning niet meer volgehouden kan worden, dan wordt dit vervangen door gevoelens van **ergernis, woede, afgunst en wrok**. Woede is veel moeilijker op te vangen door personeel en sociale omgeving. Dit komt doordat de woede zich willekeurig projecteert op de omgeving.

Het grote probleem hierbij is dat men zich meestal niet indenkt in de situatie van de patiënt en ook niet nagaat waar de oorzaak van deze woede ligt.

Wellicht zouden wij ook kwaad zijn als onze activiteiten zo vroegtijdig werden afgebroken, als het werk waaraan we begonnen waren onaf zou blijven en door iemand anders afgemaakt zou moeten worden, met het enige resultaat dat we geconfronteerd zouden worden met het feit dat dat niet voor mij is weggelegd. En hoe logisch is het dat je dan je woede en frustraties af reageert op mensen die er wel van kunnen genieten. Mensen die druk in de weer zijn en ons er alleen maar aan herinneren wat we niet meer kunnen.

Marchanderen is iets aanbieden in ruil voor b.v. gezondheid, nog een keer kunnen lopen, enz.....

Deze fase is minder bekend en komt ook vaak maar kort voor.

De fase van **depressie** verschilt hevigheid per persoon en gaat uiteindelijk over in de **aanvaarding** van het verlies.²⁰

Elke grote verandering in een mensenleven moet verwerkt worden, van elke gebeurtenis in een leven is het van belang dat deze een plaats krijgt. De verandering kan pas dan geaccepteerd worden als de verandering in de persoon is geïntegreerd. Naarmate een gebeurtenis ingrijpender is, en de veranderingen diepgaander, springt het proces meer in het oog. Wanneer het plaatsnemen van een gebeurtenis minder ingrijpend is zal er waarschijnlijk ook geen hulpverlener aan te pas komen. Dan wordt er dus ook geen onderzoek naar gedaan. Om rouw- en verliesverwerking te kunnen onderzoeken vallen we terug op mensen die problemen ondervinden bij het verwerken van het gebeurde. Daarom zullen de theorieën en modellen voor rouwverwerking altijd een beetje een vertekend beeld van de werkelijkheid geven.²⁵

2.3 Hier worden verschillende mogelijke reacties bij verlies en bij schokkende gebeurtenissen beschreven, geordend naar een drietal innerlijke processen.

Afweer De cliënt innerlijke belemmeringen laten opruimen om de realiteit van het verlies volledig onder ogen te zien. (verdoving, ontkenning, zoeken, protest, marchanderen, dissociatie)

Afscheid De cliënt in eigen tempo en op eigen wijze uitdrukking laten geven aan het afscheid. (pijnontlading, emoties, gedrag, cognitie, psychosomatiek, creatieve uitingen)

Accommodatie De cliënt zich mentaal in laten stellen op de nieuwe situatie na het verlies. (het verhaal laten construeren)

Deze reacties kunnen elkaar afwisselen. De intensiteit, duur en betekenis van deze reacties is voor ieder individu uniek.

Verliesverwerking definiëren wij daarom als:

Het geheel van afweer-, afscheids-, en accommodatie processen bij de individuele waarneming van een verlies, dat voor ieder mens uniek is in intensiteit, duur en betekenis.²⁴

In een poging houvast te vinden in het leven geeft men betekenis aan het (nood)lot van verlies. Het verlies lijkt draaglijker te worden wanneer er een oorzaak voor gevonden wordt, het verlies te wijten is aan een tekortkoming, een ziekte, een virus, een voorval of wanneer het als een straf, boetedoening, (erf)zonde gezien wordt waar God al dan niet de hand in had. Deze vormen van privé-geloof kunnen zin geven aan het verlies waardoor het hanteerbaar gemaakt wordt. Zo is men in staat controle over de situatie, het gevoel van eigenwaarde, het rechtvaardigheidsbesef en het toekomstperspectief te hervinden.

De ervaringsverhalen van mensen die verlies overkomt moeten serieus genomen worden. Deze hebben invloed op hoe zij nu in het leven staan.

Begeleiding zou er op gericht moeten zijn mensen die bij verlies in zelfverwijt of verwijt blijven volharden, weer in beweging te brengen zodat zij vrede met hun lot kunnen krijgen.

Het contact met anderen heeft grote invloed op het verwerken van verlies.

Het is verbazingwekkend dat pas in de laatste decennia bestudeerd wordt hoe de sociale omgeving van invloed is op verliesverwerking.

De kwaliteit van de communicatie blijkt van groot belang voor het leven na verlies te zijn. Informatieve, bevestigende, aandacht gevende en aanmoedigende communicatievormen dragen bij aan de versterking van de innerlijke kracht. Inadequate communicatie levert vervreemding op, een verlies aan sociale verbondenheid.

- 2.4 Hieronder staan de drie O's. Deze kunnen als richtlijn dienen voor de omgang binnen de sociale omgeving, maar zeker ook voor binnen het gezin. Het gezin vormt een belangrijk deel in het leven en daarom is het belangrijk om goed met elkaar om te blijven gaan.

Gezinstaken bij verliesverwerking: de drie O's

Openlijke erkenning van het verlies. Het delen van de verlieservaring, is wezenlijk voor een adequate aanpassing. Alle gezinsleden gaan op eigen wijze de confrontatie met de realiteit van het verlies aan. Een gezinsklimaat van vertrouwen, meelevende reacties en tolerantie ten opzichte van diverse reacties is wezenlijk voor een goede verwerking van de verliesgebeurtenis. Goed bedoelde pogingen de kinderen of kwetsbare gezinsleden te behoeden voor het meemaken van deze gebeurtenissen, isoleert hen van de gezamenlijke ervaring en maakt de kans op een gecompliceerd rouwproces groter.

Ordening van de chaos. De nieuwe ordening van de gezinsverhoudingen wordt vergemakkelijkt als de leden naar elkaar toetrekken.

Oriëntatie op nieuwe relaties. Na een verwerkingsgebeurtenis moeten het leven, de relaties en de doelen een nieuwe inhoud gegeven worden. Het verwerkingsproces houdt een bijstelling in van relaties en rollen. •²⁴

Er zijn vele vooroordelen en fabels zijn over rouw. De meest voorkomende zijn:

- Iedereen die met het overlijden van een dierbare wordt geconfronteerd, moet rouwen.
- Het rouwproces is een universeel fenomeen met een vast verloop en vaste reacties.
- Iedereen komt, na korte of langere tijd, over het verlies heen.
- Een rouwproces maakt iemand tot een sterker en meer ontwikkeld mens.
- Positieve gevoelens komen in het verwerkingsproces niet voor.
- Rouwen is gemakkelijker voor oudere mensen.
- Er is een duidelijk onderscheid tussen 'normale rouw' en 'verstoorde rouw'.^{•6}

3 Rouwtheorieën in historisch perspectief

In de verliesliteratuur wordt steeds meer aandacht besteed aan de mens als scheppend wezen, als regisseur van zijn omstandigheden. Mensen zoeken houvast en ontlenen dit aan het construeren van oorzaken en verklaringen, ook wel attributies genoemd.

Afzonderlijk onderzoek naar de aard en werking van attributies voor verliesverwerking is er nauwelijks.

De stroming van het constructivisme, die sinds de jaren tachtig sterk opkomt, lijkt een bruikbaar uitgangspunt te bieden voor verdere kennisontwikkeling op het gebied van verlieskunde. Het constructivisme is een denkrichting die er van uitgaat dat de werkelijkheid niet te kennen is en dat begeleiding bestaat uit het samen nieuwe betekenissen scheppen rond een levensprobleem. Verliesbegeleiders streven in deze optiek geen objectieve zienswijze na over het verwerkingsproces van de cliënt.

Volgens een constructivistische zienswijze helpt de begeleider de cliënt bij het scheppen van nieuwe betekenissen die de levensmogelijkheden van de cliënt helpen verbreden.

Constructivistische begeleiding in het algemeen en verliesbegeleiding in het bijzonder kenmerken zich door:

- Objectieve kennis bestaat niet. De enige absolute waarheid bestaat niet.
- Betekenissen staan centraal, niet gedragingen. Bij verwerking staan ideeën, waarden, mythen, fantasieën en percepties centraal.
- Gelijkwaardigheid van begeleider en cliënten. De begeleider is geen neutrale observator, maar maakt deel uit van het begeleidingsproces. De visie van de begeleider is niet juister dan die van de cliënten. Het is een andere visie.
- Macht en invloed in de begeleiding worden gewantwoord. De begeleider neemt een participerende houding aan die zelfcontrole versterkt.
- Aandacht voor toevallige, niet-bedoelde interventies. De begeleider is zich bewust van zijn beperking van zijn kennis en de ontoereikendheid van zijn technieken. Hij neemt een respectvolle en nederige houding aan ten opzichte van de cliënt en diens systeem. Humor, spel, drama en spontaniteit krijgen een belangrijke plaats in de begeleiding.
- De begeleider heeft alleen controle over zijn eigen gedrag, niet over dat van de cliënt.

De waarde van het constructivisme voor het gebied van verlieskunde moet zich nog bewijzen.

Uit de historie zijn een aantal auteurs van belang die de basis hebben gelegd van moderne verliesverwerkingstheorieën.^{•24}

- 3.1 Centraal in **Freud's** rouwtheorie staat de hechting (bezetting) van het libido (seksuele energie) aan het geliefde object en alles wat daarmee samenhangt. In het rouwproces moet bij het doordringen van de boodschap van het verlies een onthechting plaatsvinden waarbij het libido zich los kan maken. Als het rouwwerk is gedaan, is het ego weer vrij.

Volgens Freud is de losmaking van het verloren object en het opnieuw investeren in een nieuw object de centrale verandering die zich bij een verlies voordoet. Deze verandering vindt plaats via introjectie van het verloren object. De enige oorzaak van abnormale verdriet-reacties is ambivalentie ten opzichte van het geliefde object: bijvoorbeeld als er sprake is van een liefde-haatverhouding met de overledene. Dan keert de agressieve component van de ambivalentie zich naar binnen en veroorzaakt depressie, zodat het rouwwerk eerder onbewust plaats zal vinden. De kans dat de rouwende in melancholie blijft steken is groot. De beoogde losmaking en herinvestering in een nieuw object vind niet of onvoldoende plaats.

Freud's objecttheorie heeft de mythe versterkt dat verlies gecompenseerd kan worden door een 'vervanging': als een rouwende in staat is een nieuw object te vinden dan is het rouwproces voltooid. Hieruit is de opvatting ontstaan dat losmaking hetzelfde is als 'vergeten' van het verloren object en dat 'afleiden' naar een nieuw of vervangend object nodig is.^{•24}

3.2 **Lindemann** plaatste de acute rouw in een sociale context: aan de crisis in sociale interacties neemt de gehele microwereld deel. Betrokkenen moeten rouwwerk verrichten, waaronder Lindemann verstaat dat er emoties geuit moeten worden. Dit emotionele verwerken vormt een leerervaring en leidt tevens tot rolveranderingen. Met rolveranderingen, ook wel roltransities genoemd, worden de veranderingen in verwachtingen aangeduid ten aanzien van iemands rol.

Hij formuleert de veranderingen bij verliesgebeurtenissen als volgt:

- Het veranderen van het krachtenspel in een herstel van evenwicht in de directe omgeving;
- Het beëindigen van oude relaties en het aangaan van nieuwe relaties;
- Het verschuiven van rolrelaties binnen de sociale relaties;
- Het herformuleren van de situatie. •²⁴

3.3 **Marris'** werk wordt gevormd door zijn fenomenologie van de rouwreactie en uit sociale en economische aspecten van het weduwe zijn. Hij formuleerde twee verklarende theorieën.

De eerste was gebaseerd op Freuds' s rouw en melancholie. De tweede is een cognitieve theorie. In deze laatste theorie stelt Marris dat rouw een grote levensverandering met zich meebrengt. Reacties op verlies kunnen als model dienen voor andere grotere veranderingen. Er is volgens Marris een onherstelbaar verlies van het vanzelfsprekende, waardoor twee conflicterende mechanismen in werking worden gesteld om deze onzekerheid te verminderen.

Eén mechanisme is het terugkeren in verbeelding naar de tijd voor de dood (de toenaderingstendens) en de ander is het geheel willen vergeten (de vermijdingstendens). Het belang van begrafenissen en andere rouwrituelen is dat ze de ambivalentie institutionaliseren en daardoor het maken en integreren van betekenissen vergemakkelijken. Dit maakt gebeurtenissen ook weer voorspelbaarder. •²⁴

3.4 **Bowlby** zet zich af tegen Freud's vertrekpunt: het rouwproces begint volgens Bowlby met instinctieve gedragspatronen die door het verlies opgeroepen worden. Deze gedragspatronen – die biologisch van oorsprong zouden zijn – houden op als het verlorene wordt teruggevonden of door geleidelijke uitdoving. De relatie met de verlorene en de relatie met de nieuwe objecten wordt gereorganiseerd. Het gedrag zou zich nu kenmerken door hernieuwde aandacht voor de omgeving, herstel van eetlust, slaap, doelgericht en rustiger handelen. •²⁴

3.5 **Horowitz** is degene die de basis heeft gelegd voor de theorieën rond posttraumatische stress. Het door hem ontwikkelde stress-responsesyndroom is gebaseerd op vele studies over stressreacties tijdens oorlogvoering, verblijf in concentratiekampen, nucleaire rampen, verkrachting en dergelijke. Het centrale inzicht van Horowitz' werk is dat het verwerkingsproces na een psychotrauma haar eigen rationaliteit heeft.

Slachtoffers geloven niet meer in de eigen onkwetsbaarheid en het vermogen zich tegen geweld te beschermen. De traumatische ervaring maakt het nodig een nieuwe visie op zichzelf en de wereld te ontwikkelen. Maar deze nieuwe visie is alleen te ontwikkelen als slachtoffers stilstaan bij wat zij doorstaan hebben. Tegelijkertijd moeten zij zich echter beschermen tegen de overweldigende emoties die verbonden zijn aan de herinneringen van het geweld. Voor een goed verwerkingsproces wordt een evenwicht tussen herinneren en vermijden nodig geacht. •²⁴

3.6 **Fink** (1967): onderscheidt vier fasen, zonder tijdsgrenzen aan te geven. Hij denkt daarbij aan niet-aangeboren aandoeningen.

- Op het moment dat een aandoening toeslaat, in de acute fase van de ziekte, temidden van alle medische drukte wordt het subject als het ware overweldigd, heeft geen verweer en voelt zich machteloos en angstig; het dringt allemaal nauwelijks tot hem door. Een toestand van **shock**.
- Wanneer daarna fysieke verbetering intreedt en de patiënt vooruit gaat, wordt vooralsnog gedacht dat alles weer bij het oude zal zijn en dat er dus niets hoeft te veranderen. Dit is een **ontkenning van de realiteit uit zelfverdediging**. Ook in de revalidatie treft men mensen aan die zichzelf beleven als ziek en rekenen op volledig herstel, daarbij gesteund door bekenden uit hun naaste omgeving. Dit is niet vol te houden wanneer de fysieke verbetering duidelijk afneemt.
- Dan dringt zich de realiteit met kracht op en laat zich niet meer ontkennen; de persoon blijft achter in **depressie of bitterheid, kenmerkend voor dit stadium van (gedwongen) erkenning**; de façade stort in.
- Tenslotte wordt er fysiek een stabiele toestand bereikt, nieuwe mogelijkheden dienen zich aan en daarmee ook nieuwe positieve ervaringen; de realiteit kan onder ogen worden gezien, zij is bron van zelfrespect geworden. Men spreekt van **een fase van aanpassing**; het subject vindt een zeker evenwicht. •⁶

3.7 Kübler-Ross onderscheidt op basis van haar werk met kankerpatiënten verschillende fasen in het stervensproces. De fasen van het sterven zijn:

- Ontkenning en isolering
- Woede
- Marchanderen
- Depressie
- Acceptatie

Over de verandering in de laatste fase stelt Kübler-Ross (1969):

Heeft een patiënt voldoende tijd gehad en voldoende hulp tijdens de eerdere fasen, dan bereikt hij nu een fase waarin de patiënt zich noch depressief, noch woedend voelt onder zijn 'lot'. Die gevoelens heeft hij kunnen uiten, ook de jaloezie die gevoeld werd jegens gezonde levende mensen, die hun levenseinde niet zo snel onder ogen hoeven te zien. Hij heeft gerouwd over het aanstaande afscheid van rust op het einde. ♦²⁴

4 Pathologische rouwverwerking.

Het rouwen om de gezondheid die verloren ging en/of vermindering van het lichaam en/of functies, die er niet meer zijn, kan tot een emotionele aanpassingsstoornis leiden. Soms gaat het om rouwreacties van mensen die zich niet kunnen neerleggen bij blijvende invaliditeit of het vooruitzicht dat ze spoedig zullen overlijden. In al die gevallen gaat het om psychische moeilijkheden, die vaak onvoldoende erkent worden.

Stagnatie van de therapie kan soms herleid worden tot stagnatie van het rouwproces, maar ook tot een gestoorde patiënt-therapeutrelatie of tot een niet voor de patiënt geschikt opbouw van de therapie.

Het op tijd signaleren van pathologische rouwverwerking en een adequate benadering kunnen veelal voorkomen dat de klachten een chronisch karakter krijgen en/ of interfereren met het revalidatieproces.

De verwerking kan een omvang aannemen die de patiënt niet aankan. De patiënt kan in zo'n situatie vaak dermate gespannen raken dat slapeloosheid, psychosomatische klachten en stemmingsstoornissen een vicieuze cirkel worden.

Van pathologische rouw spreekt men als de rouwperiode langer duurt en er sprake is van onmiskenbare depressieve of zelfs psychotische verschijnselen.

4.1 *Verschijnselen van pathologische rouw kunnen zijn:*

- Ontredding
- Ontkenning
- Regressie
- Woede en opstandigheid
- Depressieve episode

Deze verschijnselen kunnen ook optreden bij een normaal verlopend rouw proces. Het is dus ook heel moeilijk om onderscheid te maken tussen wanneer er sprake is van wel of geen pathologische rouwverwerking. Zeker omdat het per persoon verschilt hoe een verwerkingsproces er uit ziet. Het is dus bijna onmogelijk om duidelijke richtlijnen op te stellen wanneer sprake is van pathologische rouwverwerking.

4.2 *Vooroordelen over verliesverwerking:*

Universele reacties

Volgens de opvatting komen vaste, universele reacties voor (fasen van o.a. Kübler-Ross). Deze zijn onontkoombaar en horen bij de verwerking van een ingrijpend verlies.

In de praktijk valt de variëteit in de reacties meer op dan de uniformiteit.

Fasengewijze verwerking:

In de wetenschap is geen bewijs geleverd voor deze fasengewijze verwerking. Wel wordt een bonte opeenvolging van reacties gevonden. De verschillende fasen komen meerdere malen terug en er is dus niet zo'n strakke volgorde als waar men in de literatuur van spreekt.

Positieve emoties:

Een andere bewering is dat als iemand een groot verlies heeft geleden en dit aan het verwerken is daarbij geen ruimte is voor positieve emoties. Het wordt niet geaccepteerd dat iemand positieve emoties heeft na een groot verlies. Waarom zou iemand geen positieve emoties kunnen hebben? Uit onderzoek blijkt dat mensen wel degelijk positieve emoties hebben.¹¹

4.3 *Symptomen van gecompliceerde verliesverwerking:*

- Verhoogde kwetsbaarheid bij en gevoeligheid voor het thema “verlies en afscheid”
- Psychologische en fysieke rusteloosheid, overgevoeligheid, prikkelbaarheid, overactiviteit, de gewaarwording van over de kop te gaan samen met het idee altijd iets te moeten doen.
- Ongebruikelijk sterke doodsangst
- Buitensporige en aanhoudende overidealiseren van zichzelf of geliefden
- Rigide, patroonmatig of ritueel gedrag dat de vrijheid en welzijn van de betrokkene inperkt.
- Aanhoudende obsessieve gedachten en bezig zijn met het verlorene en elementen van het verlies
- Onvermogen om de talrijke emotionele reacties op het verlies te ervaren zoals dat te verwachten is bij een dergelijk verlies
- Onvermogen uitdrukking te geven aan de gevoelens en gedachten die samenhangen met de/het verlorene en het verlies
- Relaties met anderen worden gekenmerkt door angst voor intimiteit en andere tekenen van vermijding die hoofdzakelijk samenhangen met de angst voor een volgend verlies
- Een patroon van zelfbeschadigende relaties die in uiterste gevallen tot de eigen dood kunnen leiden, zoals het patroonmatig zorgen voor anderen en plaatsvervangende relaties
- Het begin of de escalatie na het verlies van zelfbeschadigende, of acting-out gedrag, zoals verslaving aan alcohol en drugs
- Chronische verdoving, vervreemding, depersonalisatie of andere gevoelens die de betrokkene isoleren van zichzelf en anderen
- Chronische boosheid of andere variaties (bijv. verveeldheid) of een combinatie van woede en depressie (prikkelbaarheid, onverdraagzaamheid) *²⁴

4.4 *Risicofactoren voor het ontstaan van gecompliceerde verliesverwerking:*

- Is het verlies schokkend?
- Is er sprake van meerdere verliezen tegelijkertijd, of elkaar opvolgend?
- Vond het verlies plaats vóór van het eigen sociale netwerk?
- Is het sociale netwerk buitensluitend en victimiserend?
- Is de omringende cultuur verlies ontkenkend?
- Is de hechting met de/het verlorene sterk?
- Is betrokkene zelf in een levensovergang?
- Zijn eerdere verliezen niet verwerkt?
- Was de relatie met de/het verlorene gecompliceerd?
- Beschikt de betrokkene nauwelijks of niet over sociale relaties?
- Is de betrokkene nauwelijks of niet in staat zich emotioneel te uiten?
- Word met angst en paniek op het verlies gereageerd?
- Is de betrokkene in staat om hulp te vragen? *²⁴

4.5 *Behandeling bij pathologische rouw met medicatie:*

Men kan gaan denken aan antidepressiva en dergelijke. Vaak wordt de invloed van psychofarmaca als tranquillizers of antidepressiva, die de gevoelens van de patiënt kunnen doorkruisen of de verwerking minstens vertragen, met de cliënt en de voorschrijvende arts besproken. *²⁴ Het is zeer belangrijk om een verlies te verwerken. De afweging om wel of niet aan antidepressiva te beginnen is om deze reden moeilijk. Een depressie heeft een negatieve invloed op het verwerkingsproces maar, antidepressiva hebben dit ook.

5 Verliesbegeleiding

Verliesbegeleiding is een proces waarin rouwenden, met hulp en ondersteuning van de rouwbegeleider, de gelegenheid wordt geboden om over de verlieservaring te praten en om alle emoties, gedachten en gedragingen die daarmee samenhangen te uiten en te delen.

In de verlieskunde scholing van beroepskrachten is kennis van zaken onontbeerlijk: kennis van praktische, juridische en materiële regelingen voor rouwenden, het verloop van het rouwproces van mensen, individuele verschillen, overeenkomsten in rouw en van verstoorde rouw. Als beroepskrachten echter alleen een cognitieve voorbereiding krijgen op de beroepspraktijk met betrekking tot verliesbegeleiding hebben zij twee linkerhanden voor de emotionele aspecten: zij werken 'met een warm hoofd en een koud hart'. Bij eenzijdig affectieve scholing ontstaat evenzeer een ontkoppeling van verstand en gevoel.

In de praktijk bij verliesbegeleiding is de behoefte aan houvast in de vorm van standaardmodellen groot. Dit is begrijpelijk als de werker zich onmachtig voelt bij een verlies.

De kans is echter groot dat met onrealistisch hoge verwachtingen uitgekeken wordt naar 'de' deskundigen: naar 'het' model, 'de' waarheid en 'het' antwoord. De hang naar 'het' antwoord op gebied van verliesbegeleiding heeft wellicht te maken met het wereldbeeld dat de wetenschap de afgelopen eeuw heeft opgeleverd: het beeld van voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Op het gebied van verlies, rouw en de dood moeten we afrekenen met deze illusie van de voorspelbaarheid. Het is niet te verwachten dat precieze individuele rouwvooruitzichten te geven zijn.^{•24}

Bij verlies wordt vroeger verlies (onbewust) opnieuw opgewekt. Dit kan extra verdriet of agressie met zich meebrengen. Als dit onbewust voltrekt kan dit klachten en symptomen tot gevolg hebben.

Als mensen hun werk verliezen is het van groot belang hoe zij verliessituaties in het verleden hebben verwerkt en op wat voor manier het verlangen vorm kreeg. Sommige mensen zijn bijna letterlijk "totaal" met hun werk verweven.

Bij het verwerken van een verlies is steeds de mate doorslaggevend waarin het bezit (gezondheid, partner, werk, gezin, auto, huis) beantwoordde aan het ideaal van deze mensen.^{•15}

5.1 Doelen van de rouwbegeleiding:

1. Een steunende relatie aangaan met de rouwende. De rouwbegeleider:
 - Accepteert emoties en gedragingen van de getroffene
 - Velt geen oordeel over emoties en gedragingen.
 - Wijst emoties en gedragingen van de getroffene niet af, ook niet als hij deze niet begrijpt.
 - Warm, ondersteunend, begrijpend, probeert zich in te leven in de situatie
2. Rouwenden helpen om te begrijpen wat er met hen gebeurt in het verliesverwerkingsproces.
 - Het is goed om rouwenden gerust te stellen over wat zij ervaren en om te vertellen dat de reacties, die soms vreemd lijken, deel uitmaken van het verliesverwerkingsproces.
 - Voor veel mensen is het geruststellend te horen dat hun reacties normaal zijn en dat andere mensen die verlies doormaken, doorgaans ook worstelen met een veelheid aan gedachten en gevoelens.
 - Niet voor elke nabestaande is dit een geruststelling: sommige mensen worden boos als ze te horen krijgen dat anderen hetzelfde doormaken. Sommige mensen geloven niet dat andere mensen dezelfde gevoelens ervaren als zij doen.
3. Het stimuleren van vooruitgang in het verliesverwerkingsproces.
 - Hiermee wordt niet bedoeld dat zij gestimuleerd moeten worden om het rouwproces maar zo snel mogelijk te doorlopen. Het gaat erom dat rouwenden in de gelegenheid worden gesteld om over het verlies te praten en om de emoties hieromtrent desgewenst te uiten.
 - Niet iedere nabestaande kan zijn gevoelens gemakkelijk verwoorden of uiten. Het is belangrijk dat de rouwbegeleider een sfeer creëert waarin de emoties geuit kunnen worden, maar niet perse geuit moeten worden.
 - **VUISTREGEL:** In de rouwbegeleiding krijgt de rouwende niet alleen 'toestemming' om verdriet te uiten, maar ook om zich goed te voelen, of om leuke dingen te doen. Ondanks dat het praten over het verlies waarschijnlijk het belangrijkste ingrediënt is van de rouwbegeleiding, hoeft het niet het enige ingrediënt te zijn.

4. Het beëindigen van de relatie tussen de rouwbegeleider en de nabestaande:

- Veel rouwbegeleiders vinden het beëindigen van het contact moeilijk. Ze vinden het harteloos om dat te doen en denken dat het daarom beter is om het contact voort te zetten. Hierdoor bestaat de kans dat de rouwende afhankelijk wordt van de begeleider.
- Het is belangrijk dat rouwendes geleidelijk aan weer vertrouwen krijgen in hun eigen vaardigheden en mogelijkheden om hun leven weer in het spoor te krijgen.^{•6}

5.2 Kenmerken van cliëntgerichtheid:

Verliesbegeleiding is heel persoonlijk en de begeleiding behoort dan ook cliëntgericht te zijn. Kenmerken van cliëntgerichtheid zijn:

Congruentie = echtheid

Je bent je als begeleider bewust van wat je werkelijk voelt en je accepteert die gevoelens.

Door als begeleider op een sensitieve en precieze manier te luisteren zonder overspoeld te worden door de gevoelens van de cliënt. Mocht je toch geraakt worden dan is het werk deze gevoelens te parkeren, zodat je niet door angst en medelijden getroffen wordt. Je helpt een ander niet met medelijden. Je hoeft zelf niet mee te lijden. Je moet zijn die je bent.

Empathie = inlevingsvermogen

Je begrijpt de cliënt vanuit diens referentiekader.

Als begeleider ben je meer een volger dan een gids. De meeste tijd loop je naast de cliënt. Op deze manier ontwikkelt zich een vertrouwen tussen jouw en de cliënt en zie je de wereld door de ogen van de cliënt. Als verliesbegeleider ben je in staat de privé-wereld van de cliënt te beleven alsof het je eigen belevingen en ervaringen waren, maar zonder dit "alsof" uit het oog te verliezen. Je laat de cliënt merken dat je hem aanvoelt, dat je begrijpt wat er in hem omgaat.

Onvoorwaardelijke positieve aandacht

Je benadert de cliënt op een niet-veroordelende wijze

Dit houdt in dat je je cliënt accepteert zoals hij is, op een niet-veroordelende manier. Je accepteert hem met al zijn zwakheden en kwetsbaarheden en met al zijn kracht en positieve kwaliteiten. Iemand onvoorwaardelijk positief tegemoet treden betekent niet dat je het als begeleider altijd met je cliënt eens bent. Op die manier help je je cliënt zichzelf te accepteren.^{•24}

5.3 Basisvaardigheden in verliesbegeleiding:

Er zijn twee modellen die men kan gebruiken bij de begeleiding van verliesbegeleiding. Het SLOP en het SCHOON model. In deze modellen staan handreikingen die gebruikt kunnen worden bij de verliesbegeleiding. Verliesbegeleiding is geen taak van de fysiotherapeut. Het verlies komt bij de behandeling vaak wel te sprake. Houdt wel de eigengrenzen en de grenzen van het taakgebied in het oog als men over het verlies praat met de revalidant.

Bij het model staan goede (adequate) en minder goede (inadequate) reacties vermeld.

5.3.1 SLOP

- Stilte
- Lichaamstaal
- Onder woorden brengen
- Praktische handreiking^{•24}

Stilte:

De begeleider die stil is, zijn mond houdt, schept ruimte voor de cliënt om te rouwen. Dit wordt genoemd: luisterend helpen of therapeutisch zwijgen. In de verliesbegeleiding wordt stilte ingezet in de vorm van pauzes tijdens het gesprek waaraan de cliënt rustpauzes, verwerkingsmomenten of een aansporing om verder te gaan kan ontleen. Het vereist een subtiel inschattingsvermogen en het vermogen de eigen neiging te onderdrukken om stiltes te doorbreken.

Door te zwijgen kun je de cliënt er toe brengen stil te staan bij de eigen situatie. Jouw luisterende houding stimuleert de cliënt de eigen zaken en gevoelens op een rijtje te zetten. Accepteer dat niet alles in woorden is te vatten. "Waarover men niet kan spreken, daarover moet men zwijgen".

Luisteren is een kunst.

Lichaamstaal:

Onder de verliesbegeleidingsvaardigheid “lichaamstaal” wordt verstaan: het uitzenden van fysieke boodschappen van medeleven en betrokkenheid, al dan niet gepaard gaand met aanraking.

Lichaamstaal:

| | adequaat | inadequaat |
|---------------------------------|--|--|
| Fysieke afstand | – op gepaste afstand, niet te dichtbij en niet te ver af | – te afstandelijk of te dichtbij |
| Oogcontact | – regelmatig de ander aankijken – zo nu en dan knipperen met je ogen – je ogen af en toe laten dwalen over de ander | – staren – te lang wegstaren – langs de cliënt kijken |
| Fysieke luisterhouding | – voorover geleunde romp – ontspannen lichaamshouding – kleine afstand tot cliënt – soepele, rustige bewegingen – nu en dan toeknikken | – rigide zitten – armen gekruist/ als zoutzak – gespannen gezicht – wiebelen en friemelen – voortdurend toeknikken |
| Minimale aanmoedigingen | – hm, hm. – ja – en? – en toen | – kunstmatig toepassen van hm, hm – ja enz. |
| Aanraking | – op gepaste en gewenste wijze aanraken: functionele aanraking | – op ongepaste en ongewenste wijze aanraken: grensoverschrijdende aanraking. |
| Therapeutische aanraking | – bewust gestuurde stimulerende uitwisseling Van energie middels de handen | – met verborgen agenda gebruikte energie uitwisseling met manipulatief effect. |

Behalve met lichaamstaal kun je iemand ook d.m.v. het gesproken woord tot steun zijn.

Troostende woorden als “er is niets aan te doen”, of “het is niet anders”; kunnen in verschillende situaties anders ervaren worden. In dit geval als cliché of als steun. *Troost is pas troost als het door degene die troost behoeft als troost wordt ervaren.*

Verder kan je patiënten in verliessituaties bijstaan door onder woorden te brengen wat er gebeurd is of met behulp van praktische handreikingen:

Onder woorden brengen:

| | adequaat | inadequaat |
|-----------------------------------|---|---|
| Uitnodigen tot praten | Gesloten vragen op geschikte momenten kunnen. Uitnodigen tot praten over moeilijke onderwerpen. Of bij stille cliënten: wie waren er bij betrokken? Waar ga je naar toe? | Open vraag met verbredend effect: kort, eenduidig, vragende herhaling van v/d cliënt; waar wilt u het over hebben? Kunt u daar meer over vertellen? Wat voelt u op dit moment? Gesloten vraag op ongepast moment met inperkend effect; lange onduidelijke conclusies bevattende vragen die meer een kruisverhoor gevoel geven en alleen met ja of nee te beantwoorden zijn |
| Parafraseren van de inhoud | Ordering en aanvulling van de feitelijke informatie in eigen woorden weergeven | Bij incorrecte parafrasering voelt de cliënt zich onbegrepen |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| | wat de essentie is van wat de cliënt zojuist gezegd heeft. Controleer of je goed luistert en de cliënt stimuleert de puntjes op de i te zetten. | |
| Reflecteren van gevoel | Het terugspiegelen van gevoelens door ze te benoemen helpt onderliggende gevoelens op te sporen Je zegt dat je moe bent en lijkt wat somber. | Het incorrect reflecteren door gebruik te maken van afstandelijke woorden, doorspekt met interpretaties en oordelen, lang abstract en saai. Die onmacht toont aan dat je met iets anders zit, niet dan? |
| Samenvatten | Verschillende elementen uit het gesprek worden Samengebracht in een betekenisvol geheel. De rode draad wordt duidelijk. De cliënt voelt zich begrepen en uitgenodigd | Incorrecte samenvatting over langer gedeelte van het gesprek of van het voorafgaande (zie parafrasen) |
| Normaliseren | Vertellen dat de reactie normaal is als reactie op een verlies. | Alles normaal verklaren, ook als er sprake is van verstoringen. |
| Informatie geven | Voorlichting op maat geven op vragen die op dat moment actueel zijn, zodat de cliënt tot rust komt: Moet ik nu aangifte doen bij de politie? Nee, dat hoeft nu niet. | Op verwerkingsvragen met informatie reageren: waarom overkomt dit mij? Omdat u een gezwel hebt dat voortwoekert. |
| Confronteren | Attenderen op iets opvallends of eigenaardigs-, of iets tegenstrijdigs- in voelen, denken en handelen. U lijkt het moeilijk te hebben. | De cliënt wordt onvoorzichtig en onpast ondervraagd over het opvallende, tegenstrijdige: waarom ben je zo stil? |
| Heretiketteren | Een belastende kijk relativeren door het benoemen van een alternatieve kijk. In alle fasen van het contact. "Mijn leven is een drama geworden". FT: "Het verlies heeft een zeer grote invloed gehad" | Tegenspreken van de cliënt en proberen te hersenspoelen dat zwart eigenlijk wit en dat negatief eigenlijk positief is, aan het begin van een contact. |
| Metacommunicatie | Een gesprek over het gesprek om wederzijdse verwachtingen af te stemmen: "Ik heb het idee dat u veel van mij verwacht, terwijl ik verwacht dat u zelf initiatieven neemt". | Een gesprek over het gesprek zonder duidelijke doelstelling. |
| Functionele zelfonthulling | Onder woorden brengen van eigen reactie als begeleider, bijvoorbeeld soortgelijke ervaringen als bevestiging als eye-opener. | Moraliserend eigen ervaringen inbrengen, werkt als verwerping, als dwingend. |

Praktische handreikingen:

| | Adequaat | Inadequaat |
|--|--|--|
| Hulp bij regelen en beheer van financiën, juridische, huishoudelijke, opvoedings, relationele aspecten en andere zaken. | Gepaste en tijdige hulp onder meer in de vorm van het schrijven van brieven, aanvragen van schadevergoedingen, belangenbehartiging bij instellingen. | Ongepaste en ontijdige hulp: begeleider bepaalt tempo en activiteiten die cliënt moet ondernemen en met name de mate waarin de cliënt het zelfstandig moet kunnen. |

Hier werd een cliëntgerichte houding omschreven als de grondhouding in de verliesbegeleiding, waarbij congruentie, empathie en onvoorwaardelijke positieve aandacht getoond wordt. Door inleving, zichzelf te zijn en te blijven en acceptatie werkt de begeleider cliënt gericht en is afstemming van het begeleidingsaanbod op de begeleidingsvraag gewaarborgd.

Het is de taak van de beroepskracht voorwaarden te scheppen voor de rouwarbeit van de cliënt

5.3.2 *Schoon*

| <i>Taken van verliesbegeleider</i> | <i>begeleidingsdoelen</i> |
|--|--|
| S - Sensitief zijn t.a.v. signalen van de cliënt | bieden van veiligheid |
| C - Creatief zoeken naar gepaste steunvorm | bieden van begeleiding op maat |
| H - Herkennen van psychologische aardbeving | brenge van ordening in chaos |
| O - Onderkennen van omgevingsinvloeden | activeren draagvlak van sociale netwerk |
| O - Onderkennen van eigen kwetsbaarheid | vrij houden van de aandacht voor cliënt |
| N - Normaliseren verlies, uitingen, complicaties | bieden van cognitieve controle ²⁴ |

De taken van verliesbegeleiding per onderdeel van het schoon model met daarbij punten die men in acht moet nemen voor een goede begeleiding van de revalidant en om eigen grenzen van het kunnen af te bakken zijn:

Sensitief zijn t.a.v. signalen van de cliënt

- Staat verliesbegeleiding als een van je taken in je taakomschrijving?
- Heeft verlies een plaats in de analyse v/d situatie? (anamnese en diagnostiek)
- Breng je een vertrouwensrelatie tot stand?
- Heb je oog voor de samenhang van uitingen op fysiek, materieel, psychisch en sociaal vlak met verliesfeiten?
- Heb je oog voor uitingen die samenhangen met secundair victimisme?
- Heb je oog voor het functionele van afweermechanismen?
- Heb je oog voor uitingen die wijzen op afscheid nemen?
- Heb je oog voor accommoderen, opnieuw in te stellen op de nieuwe realiteit?
- Maak je afspraken/plannen over verliesbegeleiding/
- Zorg je voor afbouw van de zorgrelatie?
- Zorg je voor een follow-up?

Creatief zoeken naar gepaste steunvorm

- Bied je gelegenheid de verliesfeiten op een rijtje te zetten, bijvoorbeeld door de verliesgebeurtenis herhaaldelijk gedetailleerd te laten vertellen?
- Verzorg je adequate informatie?
- Bied je gelegenheid emotionele pijn op te sporen en deze te ontladen in de vorm van huilen, angst, woede, opluchting?
- Bied je gelegenheid tot afscheid nemen middels rituelen op maat?

Herkennen van psychologische aardbeving

- Erken je het acuut ontwrichtende karakter van verlies?
- Bespreek je de “waarom ik?” vraag als een verwerkingsvraag?
- Stimuleer je de cliënt onder woorden te brengen hoe deze zich voelt?
- Ga je er van uit dat de cliënt op eigen kracht uiteindelijk weer verder kan?
- Maak je suïcide gedachten bespreekbaar?
- Bied je gelegenheid tot het opmaken van de balans?
- Help je bij het zich mentaal opnieuw instellen op de nieuwe situatie na het verlies?
- Help je het verlies als een hoofdstuk op te nemen in iemands levensboek?
- Help je bij het investeren in het nieuwe leven na verlies?

Onderkennen van omgevingsinvloeden

- Heb je oog voor communicatieve aspecten van de verwerking in het sociale netwerk?
- Bied je naasten ook de gelegenheid tot begeleiding?
- Spoor je vormen van secundaire victimisatie op en stop je ze zo nodig?
- Heb je oog voor transgenerationele overdracht van een verlieserfenis binnen de familie?
- Mobiliseer je het sociale netwerk?
- Heb je oog voor de culturele context van verwerking?
- Sta je open voor etnisch specifieke wensen in ritueeluitvoering?
- Werk je samen met collega's in de verliesbegeleiding? (WAT) Working Apart Together

Onderkennen van eigen kwetsbaarheid

- Erken je je eigen kwetsbaarheid en van collega's?
- Maak je je eigen onmacht ook bespreekbaar?
- Maak je werk van geparkeerde eigen kwetsbaarheden en die van collega's?

Normaliseren verlies, uitingen, complicaties

- Ga je uit van individuele verschillen in verwerking?
- Ga je uit van rouwen als een actief en pijnlijk proces, dat tijd kost?
- Benoem je het verband tussen extreme gevoelens en onredelijke gedachten?
- Benadruk je dat allerlei “vreemde” uitingen doorgaans normaal zijn?
- Onderken je de verstoorde vormen van verwerking?
- Verwijs je cliënten zo nodig naar intensievere vormen van hulpverlening? *²⁴

5.4 Het slecht nieuwsgesprek

De bedoeling van slecht nieuwsboodschappen is:

- Bevorderen dat de situatie voor de ontvanger hanteerbaar blijft
- Informatie geven die nodig is voor de ontvanger om besluiten te kunnen nemen
- Het scheppen van vertrouwen in de begeleidingsrelatie en in de zorg
- Ervoor zorg dragen dat cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben

Bij het zeggen van slecht nieuws ga je er van uit dat de ontvanger van de boodschap recht heeft er mee te doen wat hem goedgebeurt.

| Fasen van uitvoering | adequate begeleiding | inadequate begeleiding |
|------------------------------|--|--|
| 1 meedelen van slecht nieuws | <ul style="list-style-type: none">– onmiddellijk meedelen– kort– warme en meelevende toon– korte toelichting nadien | <ul style="list-style-type: none">– uitstellen van mededeling– laten aanvoelen– rechtvaardiging– over zichzelf praten |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| 2 frustratievermindering | <ul style="list-style-type: none"> – verwoorden van gevoelens bevorderen – steungevende stilzwijgende aanwezigheid – korte verduidelijkende informatie | <ul style="list-style-type: none"> – onderdrukken van agressie – snel doorbreken van ontkenning |
| 3 probleemoplossing | <ul style="list-style-type: none"> – luisteren naar richting van oplossing die de betrokkene zelf aanbrengt – adviezen aanreiken – in gaan op onderliggende gevoelens | <ul style="list-style-type: none"> – oplossingen aanbrengen vóór frustratievermindering – adviezen verdedigen, verkopen^{*24} |

5.4.1 Evaluatie:

Om verbetering aan te brengen in het omgaan met slecht nieuws gesprekken voeren kan men een evaluatie houden na het brengen van het slechte nieuws en het opvangen van de ontvanger. De volgende vragen worden bij een zorgvuldige evaluatie van het slecht nieuwsproces gesteld:

- Werde adequaat rekening gehouden met factoren als leeftijd, waarden en hanteringsstijlen?
- Werden ethische principes van de beroepsgroep adequaat gehanteerd?
- Bestond er goede afstemming tussen de betrokken beroepskrachten onderling?
- Was de timing en het gebruik van taal adequaat voor de cliënt?
- Werde de cliënt met gepaste steun omringd?^{*24}

N.B. Voor het verwerken van verlies is de wijze waarop het nieuws gebracht wordt en de wijze waarop begeleiding gegeven wordt van groot belang.^{*24}

5.5 Tips

Een opvolging van aandachtspunten en tips staan in dit hoofdstuk. Sommige tips overlappen elkaar. Het zijn allemaal tips die direct toepasbaar zijn. Het is een toevoeging op de sociale vaardigheden die men in de fysiotherapie nodig heeft.

5.5.1 Checklist: belangrijke aandachtspunten in het contact met rouwenden.

Zorg dat u er bent voor de rouwende: Luister naar de rouwende en zorg dat u er voor hem bent. Bied steun en troost, maar bied vooral een veilige en geruststellende omgeving.

Luister op een accepterende manier, (ver)oordeel niet en toon respect: De rouwende kan verschillende emoties en gedachten uiten die soms vreemd of tegenstrijdig lijken. Het is belangrijk deze te accepteren. Spreek geen oordeel uit: emoties en gedachten zijn nooit ‘verkeerd’ of ‘abnormaal’.

Bied de ruimte voor andere emoties: Bied rouwenden de ruimte om ook andere gevoelens te uiten dan verdriet. Bied ruimte voor frustraties, voor woede, angst, schuld, spijt en schaamte. Maar ook voor positieve gevoelens zoals opluchting of een gevoel van vrijheid.

Laat blijken dat u luistert en dat u iets begrijpt van wat rouwenden doormaken: Geef aandacht en luister actief naar de rouwende. Moedig aan, ondersteun en vat regelmatig samen wat de rouwende zegt.

Ga het praten over de overledene niet uit de weg: Noem de overledene bij zijn naam en vraag iets over de overledene.

Laat de nabestaande herinneringen delen: Bied de ruimte voor herinneringen: herinneringen aan goede tijden en fijne momenten waarop de overledene nog in leven was, maar ook herinneringen aan minder fijne momenten.

Accepteer momenten van stilte: Stiltes zijn momenten waarin gedacht en gevoeld wordt. Vul niet elke stilte op met een woord. Moedig de rouwende niet te veel aan om stiltes te voorkomen.

Stel de rouwende gerust: Bied geruststelling ten aanzien van de vele, soms vreemde en angstaanjagende rouwreacties: rouw is een normaal proces. Geef aan dat er geleidelijk verbetering zal komen in de situatie en dat deze situatie niet eeuwig zal blijven bestaan. Blijf ten alle tijden realistisch: het verdriet zal waarschijnlijk nooit helemaal overgaan. Er zullen momenten zijn dat men het verdriet weer voelt.

Wees u als rouwbegeleider bewust van uw *eigen gevoelens* ten aanzien van rouw en verlies: Wees u zoveel mogelijk bewust van uw eigen angsten, van uw eigen mogelijkheden en grenzen. Wees u zo veel mogelijk bewust van uw eigen opvattingen over rouw.

Betrek de boosheid van de rouwende niet op uzelf: Rouwenden zijn soms boos. Boos in het algemeen, boos over het onrecht dat hun is overkomen, of boos op bepaalde mensen of instanties. Betrek deze boosheid niet op uzelf. Boosheid hoort in veel gevallen bij het rouwproces.

Wees u ervan bewust dat u als rouwbegeleider *soms voelt wat de rouwende voelt*: Gevoelens van hulpeloosheid, somberheid, frustratie of boosheid kunnen voorkomen bij de rouwende. Soms neemt u die als rouwbegeleider als het ware van hem over.

Accepteer dat u de rouwende *niet altijd 'beter' kunt maken*: Als rouwbegeleider kunt u altijd iets bieden, ook al lijkt het soms alsof de rouwende zich niet beter gaat voelen. Houd verwachtingen realistisch; rouw is geen ziekte waar men altijd en volledig van genezen kan.

Onderken praktische problemen: Onderken niet alleen de emotionele problemen van de rouwende; luister ook naar de praktische problemen en bied waar mogelijk ook bij deze problemen ondersteuning of advies.

Onderken de eenzaamheid van de rouwende: Er is iemand weggefallen waardoor er een leegte is ontstaan in het leven van de rouwende. Het is van belang dat u dit als zodanig onderkent.

Bied ook ruimte voor leuke dingen: Er hoeft niet voortdurend gerouwd te worden. Een moment van plezier of afleiding is niet verboden. Positieve gevoelens betekenen niet dat de rouwende de overledene verraadt of in de steek laat. Als een rouwende iets leuks wil doen, moedig dat dan aan.

Erken dat de nabestaande op zijn eigen, unieke manier rouwt: Ieder mens gaat op zijn eigen manier met het verlies van een dierbare om. Er bestaat niet zoiets als 'het rouwproces', er bestaan niet zoiets als 'goed rouwen' en 'verkeerd rouwen' ^{•10}

5.5.2 **Tips om iemand te helpen**

Blijf contact houden, blijf beschikbaar, ook als de ander niet enthousiast of zelfs afwijzend reageert. Zoek de ander regelmatig op of nodig hem uit.

Praat niet meteen over de toekomst, maar richt je meer op *heden en verleden*.

Probeer in je reacties zo dicht mogelijk bij je *eigen gevoel* te blijven.

Sta de ander toe te huilen. Huilen haalt de stoom van de emotionele ketel. Het is helend.

Raak de ander aan. Mensen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, ervaren vaak een lijfelijke leegte. Ze hebben vaak behoefte aan een aanraking en een knuffel. Waar woorden tekort schieten, kan aanraking wonderen doen.

Praat in het begin niet te veel. *Laat vooral de ander aan het woord*.

Stel vooral vragen als: "Wat is er precies gebeurd? Wie was er bij? Hoe reageerden je collega's, of je partner?"

Vat regelmatig in je eigen woorden samen wat je de getroffene hoort zeggen. Bedenk dat de getroffene in het begin vaak erg angstig is en hunkert naar gezelschap. Meestal is het voor hem belangrijker dat er iemand (op de achtergrond) is dan dat er gepraat wordt.

Wees *voorzichtig met grapjes*, hoe goed ze ook bedoeld zijn. Moedig niet aan tot herstel. Veroordeel de gevoelens van de getroffene, bijvoorbeeld agressie en schuldgevoelens niet.

Behandel de getroffene verder als *een normaal mens*; wees niet over ernstig of reageer niet overbezorgd. Doe ook niet geforceerd vrolijk.¹⁵

Een aantal punten, kort geformuleerd, die men direct kan toe passen:

- Bied ruim de gelegenheid om het verhaal te vertellen.
- Bied gelegenheid om gevoelens over het verlies te vertellen.
- Wees alert op secundaire victimisatie.
- Geef tijd om het te verwerken.
- Netwerk is belangrijk, mobiliseer deze.
- Mensen zijn niet bekend met de rare (vreemde) verschijnselen die zich voor doe. Vertel hun dat deze niet abnormaal zijn.
- Suïcide gedachten moeten bespreekbaar zijn.
- Voorzichtig zijn met kritiek
- Erken, accepteer en bevestig de gevoelens van de revalidant.
- Neem de gevoelens van de revalidant serieus en bagatelliseer ze niet.¹³

5.6 *Belangrijke punten om in acht te nemen.*

VUISTREGELS:

Een rouwproces kan onderscheiden worden in drie periodes: het begin, het midden en het einde van een rouwproces. Dit betekent niet dat een rouwproces altijd zo verloopt. Vaak komen bepaalde reacties en emoties op verschillende momenten in het rouwproces terug. Ieder mens reageert op zijn eigen manier op het verlies. Er zijn geen regels over hoe dit proces verloopt of hoe het zou moeten verlopen.

De vier rouwtaken:

1. Aanvaarden
2. Ervaren van de gevoelens en reacties die volgen op het verlies.
3. Aanpassen aan een nieuw leven
4. Het gebeurde emotioneel plaatsen.

De vier rouwtaken geven de uitkomsten van een rouwproces weer. Zij kunnen in wisselende volgorde of tegelijk volbracht worden en zijn niet aan een tijdsperiode gebonden.

Globaal zouden we kunnen zeggen dat nabestaanden ‘verstoord rouwen’, wanneer zij zelf vinden dat zij te intens of juist te weinig intens op het verlies reageren en zij zelf aangeven dat zij meer belemmerd worden in hun dagelijks functioneren dan ze zouden willen.

VUISTREGEL:

Het is belangrijk dat rouwbegeleiders zich bewust zijn van hun eigen verlieservaringen en de manier waarop zij hiermee zijn omgegaan. Ook is het belangrijk dat zij zich bewust zijn van hun eigen emoties en van de invloed hiervan op het contact met rouwendenden.

Rouwbegeleiders dienen open te staan voor de manier waarop rouwendenden zelf met het verlies wensen om te gaan. Het is belangrijk dat zij accepteren dat rouwendenden heel andere manieren kunnen hebben om het verlies te verwerken.¹⁰

5.7 Waarom praten mensen niet over verdriet?

In “Flair”, een bekend vrouwentijdschrift stond een stukje over de reden waarom mensen niet meer over verdriet praten.

“Het is nu acht en een halve maand geleden dat mijn moeder na een ziekbed van twee en een halve week overleed. Ik heb gemerkt dat ik er veel steun aan heb wanneer mensen aan mij vragen hoe het nu met mij of mijn vader gaat. Het rakelt ook wel weer verdriet op, maar daar ben ik niet bang voor.

Het moeilijke is alleen dat andere mensen daar nu juist wel bang voor lijken te zijn. Sommige mensen kost het zoveel moeite er over te praten, dat ze het liever vermijden. Vaak door eigen angsten en onverwerkt verdriet. Die stiltes versterken mijn gevoel van alleen staan.

Als uitspreken al zoveel moeite kost, hoe kun je het dan delen?

In onze cultuur gaat de aandacht meestal uit naar geluk, plezier, prestaties en succes.

Over deze onderwerpen praten mensen open en vrij. Volgens mij zou het beter zijn als we kinderen al leerden om met elkaar te praten over verdriet, heimwee en gemis van mensen.

Zo komt de weegschaal van gevoelens meer in balans en die balans is nu voelbaar afwezig.”

In “Revalidatiepsychologie” stond ook een stuk over dit onderwerp.

Onderwerpen als sterven, dood en rouw worden zelfs in de meest intieme kringen vaak vermeden. Nabestaanden merken dan ook vaak met verbazing op dat er nauwelijks iemand lijkt te zijn met wie ze het verdriet en hun ervaringen omtrent het verlies kunnen delen.

Waarom houden veel mensen rouwenden op een afstand? De neiging om afstand te nemen van mensen die rouwen om het verlies van een dierbare kan verschillende redenen hebben.

- Allereerst twijfelen mensen er soms aan of ze het aankunnen om naar de verhalen van rouwenden te luisteren en om deelgenoot te worden van de pijn die rouwenden ervaren.
- Daarnaast zijn mensen wel eens bang dat ze niet in staat zijn om troost en ondersteuning te bieden.
- Andere redenen kunnen bijv. zijn: eigen opvattingen ten aanzien van sterven, dood en rouw, eigen verlieservaringen en angsten spelen hierbij een rol.
- Te midden van rouwenden en hun verdriet, kunnen mensen ineens herinnerd worden aan de verliezen die ze zelf hebben meegemaakt. Oude gevoelens, herinneringen en verlangens kunnen dan bovenkomen, terwijl zij die liever zouden vergeten.
- Door de verlieservaring en rouw van anderen worden mensen geconfronteerd met het feit dat zij zelf ook niet het eeuwige leven hebben. Waar ze voorheen misschien nooit nagedacht hadden over de dood, beseffen ze plotseling dat ze zelf sterfelijk zijn en dat er ook voor henzelf op den duur een einde aan het leven komt.
- Mensen zijn vaak bang om nabestaanden te kwetsen met een verkeerd woord of een verkeerde vraag, juist omdat zij al zo veel verdriet hebben.
- In het contact met rouwenden vragen mensen zich soms af of ze in staat zullen zijn om hun eigen emoties in bedwang te houden. Wat als ze moeten huilen terwijl de rouwende zijn verhaal doet?

Om al deze redenen kan het gebeuren dat mensen rouwenden liever op een afstand houden. Het gevolg is dat rouwenden hierdoor soms alleen komen te staan met hun verdriet en dat er, buiten de directe familieleden om, nauwelijks mensen zijn met wie de ervaringen en de gevoelens gedeeld kunnen worden.⁵ Vanzelfsprekend heeft dit een grote invloed op het verloop van het verwerkingsproces. De kwaliteit van de communicatie blijkt van groot belang te zijn voor het leven na verlies te zijn. Informatieve, bevestigende, aandacht gevende en aanmoedigende communicatievormen dragen bij aan de versterking van de innerlijke kracht. Inadequate communicatie levert vervreemding op, een verlies aan sociale verbondenheid.

6 Begeleidingsvalkuilen

Ongewild kun je als beroepskracht het leed van de ander vergroten. De onmachtgevoelens, die een beroepskracht ervaart, kunnen voortkomen uit “het overslaan” van de onmacht van de cliënt op de beroepskracht. Hieronder staan nog enkele punten waarop je moet letten als beroepskracht. Zodat je het leed van de ander, maar ook dat van je zelf niet vergroot.

-Parallelproces:

Door de confrontatie met verlies van anderen komt bij de beroepskracht het verlies als eigen “oud zeer” naar boven.

-Tegenoverdracht:

Hier is sprake van wanneer onverwerkte gevoelens en gedachten, die horen bij een belangrijke persoon uit het eigen verleden van de beroepskracht, naar boven komen door elementen uit de confrontatie met verlies van anderen door: taalgebruik, uiterlijk voorkomen, soort verlies, stem, gebaren en geur kunnen een eigen emotionele lading hebben en geprojecteerd worden op de cliënt/patiënt. Belangrijk is dat deze beroepskracht dit dan signaleert.

-Overlevingspatronen:

Aangeleerde gedragspatronen uit het verleden om stressvolle situaties het hoofd te bieden. Om zichzelf staande te houden kan de beroepskracht overlevingspatronen activeren waardoor voorkomen kan worden dat het eigen emotioneel materiaal gereactiveerd wordt. Het overlevingsgedrag van de beroepskracht kan een nadelige uitwerking hebben op mensen die verlies ondervinden.

-Secundair victimisme/ het leed op leed verschijnsel:

Beroepskrachten kunnen door hun opstelling mensen kwetsen die verlies ondervinden. Boven op het eerste leed komt door gebrek aan medeleven extra leed.

Beroepskrachten die zich binnen de opleiding te weinig verdiept hebben in het verliesaspect van hun werk en de eigen emotionele reacties daarbij, kunnen neigen tot vermijdingsdrang. Het kan van moed getuigen om als beroepskracht je neiging om weg te lopen te onderdrukken en in ieder geval te proberen aanwezig te zijn. *Zich distantiëren*; figuurlijk afstand nemen.

-Redden:

Te veel aan inleving werkt slachtoffergedrag in de hand, dit is een patroonmatig herhalen van zieligheid waarmee aandacht verdiend wordt. De rouwende voelt zich dan beroofd van sturing van het eigen leven.

Aanklagen:

Het is allemaal de eigen schuld van de rouwende “blaming the victim”.

Hersenspoelen:

De beroepskracht wil de betrokkene laten geloven dat deze een illusie armer, maar een ervaring rijker is. De beroepskracht, die het verlies positief wil benoemen, mooier probeert voor te stellen, gaat voorbij aan hoe het voor de rouwende op dat moment is²⁴

Hierboven staan een aantal punten waarvan de meeste van ons één of meer van deze punten bij zich zelf tegen zullen komen in de werksituatie. Het is belangrijk om het te herkennen en te erkennen. Als je bewust bent van de neiging tot een of meer van bovenstaande punten kun je daar aan werken. Hoe je dit aanpakt is voor iedereen anders maar, belangrijk is om het te bespreken in het team en/of met een professional op dit gebied. Zeker bij de eerste drie punten (parallelproces, tegenoverdracht en overlevingspatronen) is er sprake van niet of onvolledig verwerkt verlies. Het is belangrijk, niet alleen voor je werkhouding maar ook voor je zelf, om het vroegere verlies alsnog te verwerken.

6.1 “Valkuilen op het terrein van verlieskunde:

De bemoeienis van beroepskrachten met mensen die met een ernstig verlies worstelen, levert een aantal valkuilen op.

Een eerste valkuil is die van verzorging. Waar ligt de grens voor de bemoeienis van professionals bij verlies? De constatering dat er sprake is van onvoldoende zorg vanuit iemands eigen sociale netwerk moet niet leiden tot ongebreidelde uitbreiding van professionele bemoeienis. Uitgangspunt moet blijven dat iemand steun en troost krijgt van de mantelzorg: familieleden, vrienden of burens.

Beroepskrachten hebben vaak een signalerende functie. Als mensen tussen wal en schip dreigen te vallen kan eerste opvang georganiseerd worden door inschakeling van het bestaande sociale netwerk of netwerkuitbreiding.
•24

Een andere valkuil bij toenemende zorg voor rouwenden is dat er eenzijdig aandacht besteed wordt aan de verstandelijke of de gevoelsmatige aspecten van verliesverwerking. In de verlieskunde-scholing van beroepskrachten is kennis van zaken onontbeerlijk: kennis van praktische, juridische en materiële regelingen voor rouwenden, het verloop van het rouwproces van mensen, individuele verschillen, overeenkomsten in rouw en van verstoorde rouw. Als beroepskrachten echter alleen een cognitieve voorbereiding krijgen op de beroepspraktijk met betrekking tot verliesbegeleiding, hebben zij twee linkerhanden voor de emotionele aspecten: zij werken ‘met een warm hoofd en een koud hart’. Bij eenzijdig affectieve scholing ontstaat evenzeer een ontkoppeling van verstand en gevoel.

In de praktijk bij verliesbegeleiding is de behoefte aan houvast in de vorm van standaardmodellen groot. Dit is begrijpelijk als de werker zich onmachtig voelt bij een verlies.

De kans is echter groot dat met onrealistisch hoge verwachtingen uitgekeken wordt naar ‘de’ deskundigen: naar ‘het’ model, ‘de’ waarheid en ‘het’ antwoord. De hang naar ‘het’ antwoord op gebied van verliesbegeleiding heeft wellicht te maken met het wereldbeeld dat de wetenschap de afgelopen eeuw heeft opgeleverd: het beeld van voorspelbaarheid en controleerbaarheid. Op het gebied van verlies, rouw en de dood moeten we afrekenen met deze illusie van de voorspelbaarheid. Het is niet te verwachten dat precieze individuele rouwvooruitzichten te geven zijn.” •24

7 Cultuur

Onder de cultuur van een groep, volk of stam verstaat men het geheel van haar gewoonten. Daar valt onder instituten, symbolen en produkten. Daarnaast is er nog een cultuur-patroon wat de voor een groep typerende combinatie van culturele trekken is.^{•30}

Voor een individu betekent een cultuur het geheel van eigenschappen. Hieronder vallen gedragingen, gewoonten, normen, waarden en overtuigingen die de mens zich heeft eigen gemaakt als lid van zijn groep.^{•30} Dit laatste houdt dus in dat een individu mede gevormd wordt door de groep waar hij in leeft. Allochtonen van de 2^e en zeker die van de 3^e generatie worden niet alleen meer gevormd door de cultuur van hun ouders maar ook door de Nederlandse cultuur.

Uitingen van rouw worden mede gevormd door de cultuur. De cultuur leert uitingen aan, maar ook af. Zoals in de Nederlandse cultuur afgeleerd is om bij psychische klachten er een lichamelijke uiting aan te geven. Bij de bijlerramp gaven mensen uiting aan hun verdriet door op straat te dansen, te zingen en te huilen. De kleuren van de kleding waren niet zoals in Nederland allemaal zwart, maar waren gekleurd. Westerse mensen vinden dit theatrale reacties. In veel culturen is het somatiseren van psychische klachten een belangrijke uitingsvorm. Er wordt ook wel gezegd dat het uiten van onwelbevinden door somatische klachten een authentieke uitingsvorm is.^{•24}

Waardoor komt het dat mensen, die verbaal minder kunnen communiceren de klachten meer fysiek uiten? Dit komt doordat het taalisolement de non-verbale communicatie stimuleert, omdat iedereen non-verbale communicatie begrijpt. Door de lichamelijke klachten kan men de ernst van de klacht duidelijk maken.^{•11}

Verwerking van verlies door allochtonen wordt bemoeilijkt door, zoals hier boven genoemd, de cultuur en taalbarrière. Bij de eerste generatie is sprake van het verlies op verlies. Migratie kent onmiskenbaar een element van ontworteling, van verlies, van loslaten en achterlaten. Sommige migranten assimileren niet, zij vermijden zoveel mogelijk het contact met het nieuwe land van aankomst en bewaren een veilig isolement. Dit leidt vaak tot stilstand in ontwikkeling en er kan een psychisch conflict ontstaan. Het is beter als de migrant zich geleidelijk aan een deel gaat voelen van zijn nieuwe omgeving, terwijl hij toch een hechte en warme band behoudt met het oude thuis.^{•6}

Het gemis van geliefden, van een omringend sociaal netwerk, van het oude vertrouwde kan zich op allerlei manieren uiten. Het verlies werd in een mannen- of vrouwengroep verwerkt, maar dit sociale netwerk is niet of maar gedeeltelijk aanwezig en bij het gezin kan men niet terecht omdat het deze rol niet gewend is.

Voorlichting aan allochtonen is belangrijk. Allochtonen zijn meestal minder bekend met de rechten en hulpinstanties waarvan men in Nederland gebruik van kan maken. Bij het begeleiden van allochtonen zal men sommige behandelmethodes die in Nederland geaccepteerd zijn moeten uitleggen en evt. het effect ervan moeten bewijzen.

Als voorbeeld de psychosociale hulpverlening. Psychosociale hulpverlening bij allochtonen is vaak niet goed uit te voeren door een taal en cultuurbarrière. De psychotherapie is een onbekende manier van benaderen. Zoals eerder vermeldt, worden de problemen gesomatiseerd. De hulpverlener zal moeten inschatten in hoeverre iemand openstaat voor deze vorm van therapie en door de directe benaming van de therapie niet te veel zal afschrikken.

Tevens is het belangrijk zich in te leven in de belevingswereld van de revalidant en daarbij rekening te houden met geloof of levensbeschouwing.^{•2}

Oog voor de **culturele** context, waarin betekenissen ontstaan en voortbestaan, is van belang om psychologisering en individualisering tegen te gaan. De reactie van ieder persoon is uniek en weerspiegelt tegelijkertijd een (onderdeel van een) cultureel reactiepatroon of wordt door dit culturele reactiepatroon gekleurd.

De manier waarop mensen met het leven en de dood omgaan in hun gedrag en hun denkbeelden is afhankelijk van hun levenswijze en die levenswijzen zijn naar tijd en plaats heel verschillend.

Het is aan de beroepskracht zich in de verliesbegeleiding open te stellen voor de specifieke wensen van cliëntgroepen uit verschillende culturen. Alleen zij zelf kunnen aangeven wat in de mix van traditionele cultuur, migrantencultuur en cultuur van het land van aankomst passend is. Communicatieve vaardigheden zijn hiervoor een belangrijk ingrediënt.^{•24}

Er moet opgelet worden dat culturen hun eigen normen en waarden hebben. Een duidelijk voorbeeld hiervan is dat in veel niet-westerse culturen bij de behandeling van een vrouw de man mee moet komen om haar eerbaarheid te waarborgen.

Bij het begeleiden van allochtonen kan sprake zijn van een taalbarrière. Deze barrière kan men overbruggen door een tolk in te huren of eventueel een familielid dat goed Nederlands kan. Naast deze taalbarrière kan er ook een cultuurkloof zijn. Is dit beide het geval of in dien mate aanwezig dat men niet goed kan behandelen, dan kan het raadzaam zijn om iemand in te schakelen die zowel met de cultuur als de taal bekend is. Deze optie moet niet te lang uitgesteld worden in het belang van de revalidant.

De begeleidingstaken rond het verlies bij migranten beslaan vaak een breed scala aan hulp, waarbij communicatie een belangrijk aspect is. Een hulpverlener, die wordt geconfronteerd met pijn, zal zich bewust moeten zijn van het pijngedrag dat hij ziet en zich moeten afvragen of dit gedrag "past". Daarnaast is het een taak van de begeleider mentale problemen te plaatsen in de maatschappelijke context waarin zij zijn ontstaan. Ook is het de taak om actief signalerend te zijn, omdat de migrant de gang naar de begeleider en de wijze van hulp vragen zich niet eigen heeft gemaakt.⁶

7.1 Godsdienst; Christelijke en joodse en islamitische visie op het rouwproces.

Nederland heeft een multiculturele samenleving. Zo heeft Nederland meerdere godsdienst stromingen. Elke godsdienst heeft zijn eigen normen en waarden. De drie grootste godsdiensten in Nederland zijn: het christendom, het jodendom en de islam. Het jodendom en de islam hebben regels voor de rouwperiode en hoe lang deze moet duren. Het christendom heeft hiervoor geen strikte regels en neemt de Bijbel als leidraad.

7.1.1 Christelijke visie

Zoals hierboven vermeldt neemt het christendom de Bijbel als leidraad. Ze menen dat in de Bijbel alle antwoorden staan en je zal leiden door het verwerkingsproces. Deze antwoorden staan niet duidelijk in regels beschreven. Door het geloof en de steun van God zouden deze antwoorden gevonden kunnen worden.

Christelijke mensen hebben dezelfde schuldgevoelens als iedereen 'Had ik maar dit of dat gedaan..', maar daarnaast hebben ze ook nog een schuldgevoel naar God toe. "heb ik wel genoeg gebeden of heb ik wel genoeg vertrouwen in God gehad?". Er bestaat het geloof dat ziekten een straf van God zijn en men zoekt dan de reden van de ziekte in hun daden. In andere geloven zie je dat verwijten minder op God gericht zijn.

Bidden wordt gezien als een steun in het uiten van gevoelens, het verhaal kwijt kunnen. Dit kan tegen iemand die belangrijk is, maar ook tegen God. Gelovige bidden, ze vertellen dan ook wat hun gevoelens zijn, net zoals je dat tegen een vriend vertelt. (God zal daar keer op keer weer naar luisteren en zegt niet dat Hij het nu niet meer wil horen. Hij kan mede daarom een belangrijke steun zijn.)¹⁹

Boosheid kan men richten op zichzelf, het verlorene, anderen in de omgeving en/of op God. *God heeft alle macht in de ogen van een gelovige en het verlorene ook terug kunnen geven of bijvoorbeeld het ongeluk voorkomen.* Zeker in de het protestante geloof worden er verwijten naar God toe gemaakt. Het meest gehoorde verwijt naar God toe is: 'U bent toch een God van liefde en nu gebeurt dit'. Er worden ook veel vragen aan God gesteld 'waarom ...?'. De Bijbel wordt gezien als het "woord" dat God tegen de mens spreekt en hierin kan men steun en hulp vinden.

De Bijbelse gegevens kunnen voor christenen bekend zijn, maar dat wil nog niet zeggen dat ze ook vanzelfsprekend zijn en op elk willekeurig moment en zonder meer overgenomen kunnen worden. De Here ontkent en onderdrukt rouw gevoelens niet in zijn "woord".

Als het verlies plotseling komt zijn we verward. Men herkent zichzelf niet. Het verwerken voor Gods aangezicht kan dan heel moeilijk zijn en gepaard gaan met veel strijd en verdriet en zal veel tijd kosten. Voor Gods aangezicht wordt gezien dat God alles weet en ziet wat er gebeurt en Zijn weg gevolgd moet worden. Het "woord" wordt gezien als iets dat werkzaam is tijdens het rouwproces en steun geeft.

Door dit alles wordt het geloof getest. Men kan tot de veronderstelling komen dat men zonder God leefde, ook al was het leven godsdienstig voor het verlies. Het kan moeilijk zijn om samen met God een rouwproces door te maken, maar het geloof geeft ook veel steun.¹⁹ Het christelijk geloof wordt niet als iets vanzelfsprekends gezien. Men gelooft dat het geloof keer op keer op getest wordt en aangevallen wordt door factoren van buitenaf.

Naast het protestante geloof is er het katholicisme. Waarin de heilige verering belangrijk is en geloofd wordt dat bijvoorbeeld Maria steun kan geven. Er wordt dan niet of niet alleen aan God gebeden, maar ook aan Maria. Bij het katholieke geloof worden tijdens specifieke diensten, bijvoorbeeld kerst en oud-jaarsnacht, overledenen herdacht. Deze worden dan opgenoemd tijdens de dienst en voor de familie gebeden.

Bij beide geloven kan de pastoor of dominee een steunende rol spelen. Deze komt in moeilijke tijden langs om steun te geven en te luisteren. Deze spelen tevens een rol in de nazorg. Doen regelmatig navraag hoe het er mee gaat.

7.1.2 Het Jodendom

Het Jodendom is een realistische godsdienst die beseft dat dood bij het leven hoort. De antwoorden op de vraag 'Waarom?' zijn ook niet te vinden bij het jodendom wel geeft het een leidraad hoe men om moet gaan met de dood. Riten en gebruiken geven houvast bij het verliesverwerkingsproces. De voorschriften en tradities zijn confronterend. De reden hiervoor is dat iemand niet in de ontkenningfase kan blijven steken. Daarom wordt de familie en directe omgeving betrokken bij de begrafenis. De begrafenis heeft niet zoals in het westen en zeker in Amerika het doel te verdoezelen dat de persoon dood is. In Amerika wordt de persoon zo leven mogelijk gemaakt met mooie kleding, kist en make-up.

Er zijn vijf rouwfasen:

| | |
|------------|---|
| Aninoet: | Moment van sterven tot de begrafenis. |
| Aweloet: | Vanaf de begrafenis tot zeven dagen daarna. |
| Niwoel: | De achtste dag na de begrafenis tot de dertigste dag. |
| Treurjaar: | Tot het eerste jaar na stervensmoment. |
| Jaartijd: | Dag van bezinning, elke jaar op de sterfdag. ^{•16} |

De Keri'a (valt onder de Aninoet)

De Keri'a is de inleiding van het rouwproces, keru'a betekend scheur. Men maakt een scheur in de kleding er zijn twee redenen hiervoor: om het verdriet op te wekken en om het verdriet draaglijker te maken het richten op een klein deel van het verlies. ^{•16}

De Sjiwwe (zeven, zeven rouwdag, fase van Aweloet).

De sjiwwe bestaat uit regels/ geboden o.a.:

- Zeven dagen is de rouwende vrij van dagelijkse beslommingen en mag dan alleen treuren. De dagelijkse bezigheden worden overgenomen door de omgeving.
- De rouwende wordt omringd door de gemeenschap die zich aan past aan zijn/ haar gemoedstoestand. Mensen komen maar spreken pas als de rouwend hen aanspreekt. Emoties worden geuit, het verhaal wordt steeds opnieuw verteld. Eventuele schuldgevoelens worden besproken zodat men over deze gevoelens heen komt.
- Standjes en/of terechtwijzingen zijn uit de bozen.
- Sjiwwe bezoek is een mitswa(gebod) andere moeten bij de rouwende op bezoek zodat deze niet buiten de sociale omgeving komt te staan en om de angst weg te nemen met de rouwende te praten. ^{•16}

Reëducatie en reïntegratie, herstel van de band tussen de rouwende en de sociale gemeenschap is een onderdeel van de sjiwwe.

De fasen van rouw in tijd ingedeeld

De rouwweek(Aweloet), -maand(Niwoel) en -jaar(Treurjaar). Er worden bij elke volgende fase steeds meer eisen gesteld in de richting van de nieuwe identiteit. De nieuwe identiteit houdt in dat de persoon zijn leven heeft ingedeeld zonder het verlorene en voor een deel betekent het dat het verlies verwerkt is.

De rouwmaand en het rouw jaar.

- Afwisseling tussen vrijheid in het uiten van emoties en beperkingen daarin door verboden, die uiting geven aan zijn personalisatie en vervreemding.
- Men scheert zich niet
- Knipt de nagels niet
- Koopt en draagt geen nieuwe kleding
- Vermijd muziek en feesten.

“Na een jaar mag men niet meer rouwen, maar men moet inspiratie kunnen vinden in het waardevolle leven, dat de overledene geleid heeft.”^{•16}

7.1.3 Islam

Het geloof in een leven na de dood is een grondbeginsel van de islam. De dood betekent een overgang naar een betere en hogere levensvorm. Men gelooft dat een persoon na het sterven in een tussentoestand komt die duurt tot aan de dag van het laatste oordeel. In deze tussentoestand legt de overledene verantwoording af, over de daden die hij heeft verricht tijdens het leven op aarde, aan twee engelen.

Bij de islam zijn er regels voor de begrafenis en voor de rouwperiode.

De begrafenis moet plaats vinden binnen een etmaal. Een crematie mag niet vanwege het geloof, dat het lichaam herrijst op de laatste dag. De overledene wordt gewassen en in een witte doek gewikkeld en opgebaard met het gezicht richting Mekka. Mannen worden door mannen en vrouwen door vrouwen gewassen. Mannen worden in drie lijkdoeken gewikkeld en vrouwen worden in vijf lijkdoeken gewikkeld.

Voor de begrafenis vindt er een dienst plaats in de moskee, het huis van de overledene of op de begraafplaats. Het gebruik van een kist keurt de islamitische wet af. Het gezicht moet in de richting van Mekka worden gelegd. Daarna werpt iedereen drie handen aarde in het graf waarna het wordt gesloten.

Het graf mag niet versiert worden. De naam van de overledene mag niet op het graf vermeld worden. Op de plaats waar het hoofd ligt mag wel een steen of een stuk hout geplaatst. Deze worden met verzen uit de Koran beschreven. Bij de vrouwen en soms bij mannen kan er een doek over het graf gelegd worden.^{•28}

Volgens het islamitische geloof bepaalt God het moment waarop iemand dood gaat. Aan het sterfbed wordt gebeden en passages uit de Koran voorgedragen. De periode van rouw gaat in op het moment dat iemand sterft.

De islamitische wet beveelt een rouwperiode van drie dagen. Wanneer de echtgenoot van een vrouw sterft geldt voor haar een rouwperiode van de idda. Idda is de periode waarin de vrouw niet mag hertrouwen, dit kan tot honderd dagen duren.

In de praktijk houden moslims een rouwperiode van veertig dagen. Gedurende deze tijd gaan directe familieleden sober gekleed en steeds in dezelfde kleding. Zij ontvangen in deze periode de condoléances van verwanten en kennissen. De moslims hebben een rouwmaal deze wordt verschillende malen bereid in de rouwperiode waarbij herinneringen aan goede en vrome daden van de overledene worden opgehaald. Elke avond wordt er een stuk gereciteerd vanuit de Koran.

In de meeste islamitische landen rouwen en weklagen vrouwen bij het graf. Hiervoor kunnen ook klaagsters ingehuurd worden. Grafbezoek is in veel islamitisch landen gebruikelijk, maar er zijn landen waarin dit niet gebruikelijk is. Vaak worden goed doelen gesteund in de naam van de overledene indien hier de middelen voor zijn binnen de familie.^{•28}

8 Posttraumatische stress en het burnout-syndroom

Werkstress door emotionerende situaties:

Emotionele werkstress is “de spanning die ontstaat door de beroepsmatige confrontatie met bepaalde situaties die kan uitmonden in burnout en psychotrauma’s.

Als je als hulpverlener aanhoudend geconfronteerd wordt met ernstig leed en stoom afblazen vindt onvoldoende plaats, put dit je letterlijk uit. Op dat moment is er sprake van uitputtende werkstress.

Deze stress kan traumatisch vormen aannemen als er sprake is van acute blootstelling aan schokkende gebeurtenissen. Uitputtende en traumatische werkstress komen ook in combinatie voor. •²⁴

8.1 *Uitputtende werkstress: het burnout-syndroom*

Vooraf bij werknemers die veel en intensief met anderen samenwerken komt het verschijnsel burnout voor. Burnout is samengevat “een dusdanige verstoring van het evenwicht tussen psychische belasting en psychische belastbaarheid als gevolg van verandering in individuele belastbaarheid en/of psychische belasting, dat bij het getroffen individu een proces ontstaat van verminderd vermogen tot sociaal functioneren gepaard gaande met lichamelijke klachten, stemmings- en/of gedragsproblemen”(Schröer,1991•²⁴)

Voor de zorgberoepen bestaat de omschrijving van burnout als een verlies van betrokkenheid voor de mensen met wie je werkt. •²⁴

8.2 Signalen die kunnen wijzen op burnout liggen op psychologisch, gedragsmatig en fysiologisch terrein:

| | |
|------------------------------|--|
| Psychologisch niveau: | angst, geïrriteerdheid, vijandigheid/wrok, zich gespannen voelen, innerlijke verwardheid en onzekerheid, depressiviteit, ontevredenheid met de werksituatie, zich afsluiten van en situatie/geen interesse, verveling/apathie/berusting, schaamte/schuld, psychische vermoeidheid, weinig zelfrespect, geringe tolerantie voor anderen, besluiteloosheid, concentratie- en denkstoornissen, vergeetachtigheid. |
| Gedragsmatig niveau: | agressief gedrag, rusteloos gedrag, ongecoördineerd gedrag (bijv. paniek), het vermijden van een situatie (bijv. werkverzuim), ongelukken, roken, drinken, het gebruik van pillen, slaapproblemen, verandering in eetlust, stotteren. |
| Fysiologisch niveau: | Verhoging van bloeddruk en hartslag, verandering in ademhaling, huidweerstand en in spierspanning, afname spijsvertering, verhoging bloedsuikerspiegel, hoger gehalte witte en rode bloedlichaampjes, hoger cholesterol en vrije vetzuren in bloed, verhoging stollingsfactor bloed, verhoging van excretie van bijnierschorsormoon, droge mond, transpireren. • ²⁴ |

8.3 Verder wordt het verloop van burnout in fasen ingedeeld:

| Fase: | omschrijving: |
|----------------------------------|---|
| <i>Alarm</i> | Je ergert je sneller, bent sneller vermoeid en twijfelt meer dan anders bij het nemen van beslissingen. |
| <i>Koortsachtige ijver</i> | Je bent ontzettend actief, kan de hele wereld aan en hebt een ongebreidelde energie, vooral in bijzaken. |
| <i>Depressiviteit en apathie</i> | Je bent klagerig, vaak dofferig berustend en zeer twijfelend over eigen capaciteiten. |
| <i>Volledige burnout</i> | Psychisch en lichamelijk ben je volledig op: vitaal uitgeput met uiteenlopende klachten op fysiek, psychologisch en gedragsmatig terrein. • ²⁴ |

- 8.4 Er zijn een twaalfstal factoren die het risico op burnout blijken te bevorderen. De risicofactoren zijn onder te verdelen in uit- en inwendige factoren. De uitwendige factoren zijn factoren die worden gecreëerd door onze werk omgeving. De inwendige factoren zijn factoren die van ons zelf uit komen.

Uitwendige factoren:

- Onderwaardering voor prestaties.
- Werkdruk te hoog/ te laag
- ongevoeligheid voor burnoutsignalen
- spanningsverwekkende rolstructuur
- gebrek aan autonomie
- spanningsvol werkklimaat
- onvoldoende groeikansen
- overgang in de loopbaan

De uitwendige factoren kunnen bespreekbaar worden gemaakt in de werk omgeving zodat er een oplossing voor gezocht kan worden.

Persoonlijke factoren:

- mislukkingen als persoonlijk falen opvatten
- ongevoeligheid voor burnoutsignalen
- onrealistische verwachtingen
- onvoldoende kennis/vaardigheden

De inwendige factoren kunnen we aan gaan werken.

Daarnaast zijn er nog enkele tips om burnout te voorkomen:

- Ontwikkel een uitlaatklep voor je eigen emoties, zodat je niet afstompt. Heet is belangrijk om emoties niet op te kroppen dit is voor lichaam en geest niet goed.
- Doe regelmatig lichaams oefeningen waarvan je geniet lichaams beweging heeft een positief effect op het gehele functioneren.
- Eet goed, beperk suiker en koffiegebruik, probeer zonder cafeïne te functioneren. Goed en gevarieerd eten heeft een positief effect op het algemeen functioneren.
- Geniet van het leven en offer jezelf niet op aan je werk.
- Maak een bevredigende levensstijl zodat je niet alleen de voldoening nodig hebt van je cliënt om je dag goed te maken.
- Bouw pauzes in. Neem voldoende rust verdeeld over de dag. Dit hebben lichaam en geest nodig om goed te blijven functioneren gedurende geheel de dag.
- Probeer je persoonlijke grenzen vast te stellen. Leer nee te zeggen als je tijd voor jezelf nodig hebt. Je zult dan ervaren hoe goed het voelt om ja te zeggen wanneer het voortkomt uit een welgemeende houding.
- Sta jezelf toe te genieten, te lachen, ook al heb je tragische zaken meegemaakt. Lachen is gezond voor een mens.
- Herken je behoefte aan steun en erken deze behoefte.
- Organiseer een plek om op verhaal te komen. Het is belangrijk om je verhaal kwijt te kunnen dit kan door het aan iemand te vertellen, maar ook door het op te schrijven.
- Ontwikkel een vriendelijke, liefdevolle houding ten opzichte van jezelf. Ontwikkel het vermogen jezelf dingen te vergeven en zelfbestrafing te stoppen. Het is belangrijk om van je zelf te houden en te genieten zodat je gelukkig bent met jezelf en daardoor ook beter kan functioneren.
- Waardeer jezelf zoals je bent. *²⁴

8.5 *De drie V's*

De drie v's zijn Veelvuldige herbeleving, Vermijding, en Verhoogde waakzaamheid. Hieronder staat wat onder elk van de V's valt.

Veelvuldige herbelevingen

- terugkerende opdringerige herinneringen
- herhaaldelijke akelige dromen
- handelen en voelen alsof het trauma opnieuw gebeurt (dekking zoeken)
- intens verdriet bij herinnering

Vermijding

- vermijden van relevante gedachten of gevoelens
- vermijden van relevante activiteiten of situaties
- geheugenverlies (geheel of gedeeltelijk) van trauma
- verminderde interesse
- teruggetrokken
- gevoel minder uiten, onverschilliger
- neerslachtiger (m.n. een gevoel van beperkte toekomst)

Verhoogde waakzaamheid

- slaapproblemen
- geïrriteerdheid, woede-uitbarstingen
- concentratieproblemen
- "op scherp staan"
- buitensporige schrikreacties
- functionele lichamelijke klachten (transpireren bij herinnering aan ramp)^{•24}

De normale reacties op abnormale gebeurtenissen – zoals moord, suicide, geweld – zijn: veelvuldige herbeleving, vermijding en verhoogde waakzaamheid, de drie V's van schokverwerking.

Na een schokkende gebeurtenis spreken we van een Post Traumatische Stress Reactie (PTSR).

Hoewel deze reacties de eerste tijd als een normale reactie gezien kunnen worden, is er bij het aanhouden van zes klachten verspreid over de 3 V's sprake van een posttraumatische stressstoornis.

De combinatie van klachten die zich dan voordoen zijn:

- veelvuldige herbeleving: minimaal 1 klacht komt voor
- vermijding: minimaal 3 klachten komen voor
- verhoogde waakzaamheid: minimaal 2 klachten komen voor^{•24}

Mensen met deze aanhoudende klachten komen in aanmerking voor intensievere vormen van behandeling: is er sprake van een ingrijpend incident met veel machteloosheid en acute ontwrichting, waarbij de klachten aanhouden over een langere periode dan spreekt men van een psychotrauma, een psychische verwonding, die overigens goed te behandelen is.

8.6 *Risicofactoren voor het ontstaan van PTSS:*

Chronische overbelasting, drastische verandering privé en werkomstandigheden, verstoorde communicatie in de werkring, en het type van het incident. Persoonlijke factoren zijn:

Onrealistische werkhouding, opkroppen, geen hobby's, slaapproblemen, concentratieproblemen, schuldgevoelens, intens verdriet bij herinnering aan het trauma, emotioneel labiel, stoer gedrag.

8.7 *Stressreductiemethoden:*

Wat kan de beroepskracht er zelf aan doen om problemen te voorkomen bij emotionele werkstress? Of er nu van lichte of zware gebeurtenissen sprake is, beide vragen dat de beroepskracht erop voorbereid wordt en ruimte voor een afronding krijgt, bewust en actief stilstaat bij het gebeurde en datgene loslaat waardoor hij in beslag genomen wordt.

In de praktijk blijken werkers allerlei copingstijlen ontwikkeld te hebben voor, tijdens en na een moeilijke situatie. Inzicht in de eigen stijl van hantering is de basis voor het bewust omgaan met ingrijpende gebeurtenissen.

8.8 *Copingstijlen voor/tijdens/na ingrijpende gebeurtenissen:*

Positieve handelingen die men voor heit incident van doen, indien men een ingrijpende gebeurtenis verwacht:

- Ik probeer me voor te stellen hoe het eruit zal zien
- Ik denk aan het incident en maak plannen hoe te handelen
- Ik praat met collega's
- Ik denk aan aanrijroute, verkeer
- Ik denk aan het ergst, dan valt het mee
- Ik probeer niet aan het incident te denken
- Ik bereid me voor met betrekking tot materiaal, eventueel betrekken van andere hulpdiensten
- Bij sommige meldingen stel ik voor een ander te laten gaan
- Ik denk aan eerdere incidenten

Tijdens het incident kan men de volgende handelingen uitvoeren zodat de situatie te behappen blijft.

- Ik blijf bezig, houd mezelf aan het werk, om de aandacht van de gruwelijkheid weg te houden
- Ik probeer er objectief, afstandelijk mee om te gaan
- Ik maak op gepaste wijze grapjes
- Ik voel me gesteund door kennis van zaken, van regels
- Ik toon op gepaste wijze mijn emoties
- Ik probeer bij de aanblik van de slachtoffers te denken, dit is de medische wereld, dit hoort erbij
- Ik stel een werkverdeling voor
- Ik probeer me net zoveel in de ander te verplaatsen als ik aankan
- Ik doe mijn werk en druk mijn eigen emotionaliteit naar achteren
- Ik laat mijn emoties enigszins toe als het te dichtbij komt

Na het incident is het belangrijk om de gebeurtenis een plaats te geven en los te laten dit kan men doen door:

- Ik praat met anderen over het incident
- Ik probeer te accepteren wat er gebeurd is
- Ik gebruik humor
- Ik ontspan door sport, spel en seks
- Ik praat over mijn gevoelens bij collega's waar ik een band mee voel: lachen, boosheid, huilen, angst
- Ik praat over mijn gevoelens thuis
- Ik praat niet over mijn gevoelens thuis: hou werk en privé strikt gescheiden
- Ik keer op een bepaald moment in mijzelf, even niets van anderen weten
- We gaan als groep even bij elkaar zitten na een indrukwekkend/schokkend incident
- Ik zoek steun bij leidinggevende^{•24}

Dit is een copingstijl die gebruikt kan worden. Gebruik bovenstaande als een richtlijn neem er de voor jouw goede punten uit en vul deze aan met aspecten die specifiek voor jouw belangrijk zijn.

8.9 *Positieve zelfinstructies:*

Naast een copingstijl is het belangrijk om jezelf positief te benaderen. Deze positieve zelf instructie maken het makkelijker om met de gebeurtenis om te gaan.

Voor het incident:

- Rustig blijven, ik kan de situatie aan. Paniekerig de situatie ingaan werkt inadequaaf, blijf rustig en probeer de situatie te overzien.
- Ik heb me goed voorbereid. Een goede voorbereiding neemt een hoop stress weg.
- Mijn leven hangt er niet van af. Het is belangrijk om te zien dat er nog meer is dan alleen deze gebeurtenis.
- Ik kan niet meer dan mijn best doen. Stel niet te hoge eisen aan jezelf. Doe wat je kan en accepteer dat iedereen zijn grenzen van kunnen heeft.
- Ontspannen en rustig door ademen. Een goede ademhaling creëert rust.
- Enigszins gespannen zijn is niet erg. Spanning, adrenaline kan positief werken.
- Straks is het weer voorbij.

Tijdens het incident:

- Ik kan het, dat weet ik. Spreek je zelf moed in en bedenk dat je doet wat je kan.
- Kalm aan, me niet laten opjagen. Ga niet haasten, hierdoor word je paniekerig en vergeet je dingen.
- Rustig blijven, ik kan de situatie aan. Blijf kalm.
- Ontspannen en rustig door ademen. Adem rustig ga niet hyperventileren dat heeft enkel een negatief effect op je eigen lichamelijk functioneren.
- Eèn stap tegelijk. Doe niet alles tegelijk, verdeel de situatie in stukken en begin bij A en ga dan door naar B.
- Laat ik me niet opwinden. Laat je niet door ander gek maken, blijf rustig.
- Van de wijs raken helpt niet. Houd je stappen aan en ga die af.
- Het zijn ook lastige situaties. Houd in de gaten dat het niet makkelijk is.
- Ik overleef het wel. Bedenk dat er nog meer is, er komt een einde aan deze situatie.
- Enigszins gespannen zijn is niet erg. Spanning kan positief werken.
- Niet mijn irritatie opkroppen. Krop niet alles op, maar lucht je hart.
- Laat ik mijn kwaadheid op een redelijke manier uiten. Ga niet over de rooie, dat doet jezelf en de situatie vaak geen goed.

Na het incident:

Evalueer de situatie en zie de goed punten en vergelijk je angsten vooraf met hoe het ging. De positieve punten die je kan tegen komen:

- Dat heb ik goed aangepakt.
- Zie je wel dat ik het kan.
- Mooi werk.
- Zo, dat zit er weer op.
- Het gaat me iedere keer beter af.
- Ik heb mijn spanning mooi in de hand gehouden.
- Ik heb mijn kwaadheid op een nette manier geuit.
- Eigenlijk viel het best mee. •²⁴

9 Conclusies van de interviews

9.1 Interview maatschappelijk werkster (mw).

De mw. geeft duidelijk aan dat er een grens ligt tussen wat een fysiotherapeut doen kan. De fysiotherapeut moet zich bezig houden met het lichamenlijk functioneren. Dit houdt niet in dat je helemaal niet mag praten over het rouwproces van de revalidant, maar er zijn speciaal opgeleiden mensen voor de begeleiding van het verwerkingsproces met veel meer kennis van zaken.

Over suïcide gevoelens moet gepraat kunnen worden. Deze gevoelens moeten niet uit de weg gegaan worden. Het is belangrijk om je eigen grenzen hierbij in acht te nemen. Het spreken over suïcide gevoelens kan een opluchting geven en zal het niet sterker maken.

Woede gericht op jouw. Wanneer een revalidant zijn woede op je richt is het belangrijk om deze boosheid niet op jezelf te betrekken.

Culturele achtergronden.

Pijn beleving in oosterse culturen is zo anders dat het de revalidatie bemoeilijkt. Sommige programma's zijn door deze andere pijn beleving niet geschikt voor mensen met een oosterse culturele achtergrond. Het kan verstandig zijn om hulp in te roepen van een beroepskracht die bekend is met de specifieke culturele achtergrond van de revalidant. Zo ook als er een taal barrière is kan het goed zijn om een tolk of iemand die de taal beheerst in te huren.

In andere culturen worden gevoelens meer geuit door somatisering. Hier moet rekening mee gehouden worden bij de behandeling en de evaluatie van de behandeling, omdat deze een vertekend beeld kan geven.

Heeft leeftijd invloed op het verwerkingsproces?

Het verwerkingsproces gaat niet makkelijker of moeilijker op een oudere leeftijd. Factor die de complexiteit van het verwerkingsproces beïnvloed is het wel of niet verwerkt hebben van vorige verliezen. Een niet of "slecht" verwerkt verlies werkt negatief door in het huidige verwerkingsproces. Leeftijd speelt daar geen specifieke rol in. Vaak is het wel zo dat op jonge leeftijd goed verwerkte verliezen positief werken.

Het is van veel mensen een vooroordeel dat op oudere leeftijd een verlies verwerken makkelijker is.

Afscheidsrituelen kunnen iemand helpen bij het loslaten. Het is belangrijk om het op een persoonlijke manier te doen. De begeleider moet hier in sturen en niet te veel met dingen aankomen.

9.2 Interview revalidant

Wat opvalt tijdens het interview is dat verschillende verliezen op elkaar moeilijker te verwerken zijn. Het verlies van een partner is moeilijk te verwerken, een grote steun is weg. Bij het huidige verlies wordt deze steun gemist, waardoor het verlies opnieuw naar boven komt, ook al is er een sociaal netwerk. Het sociale netwerk kan veel steun geven, maar dit is niet hetzelfde.

Bij het weer thuis gaan wonen komen er problemen om de hoek kijken. Vaak moet men afscheid nemen van het vroegere huis en er zijn ook technische problemen. Aanpassingen die niet of niet goed worden gemaakt. Dit zijn frustrerende aspecten van het weer naar huis gaan die het moeilijker maken dan nodig is.

Fysiotherapie heeft goed geholpen ook de gesprekken de tijdens behandelingen gevoerd zijn gaven steun.

Opgemerkt wordt dat mevrouw het moeilijker zou vinden als wij, een veel jonger iemand, als fysiotherapeut zou hebben en daar dan een gesprek zou moeten voeren over haar gevoelens. Ze zou niet keer op keer willen aan komen met haar gevoelens omdat we het niet zouden begrijpen. Het leeftijds verschil zou te groot zijn. We zouden te weinig levenservaring hebben en daardoor te weinig van het verlies kunnen begrijpen.

9.3 Conclusie naar aanleiding van de enquêtes.

Bij deze conclusie zijn de enquêtes, ingevuld door fysiotherapeuten als door de revalidanten, en daar de overeenkomende of juist afwijkende antwoorden en interessanten uitkomsten gebruikt .

Begeleiden van het verwerkingsproces.

Bij het verwerkingsproces begeleiding geven geven de fysiotherapeuten(ft) aan dat luisteren en adviseren het belangrijkste is. Zo ook komt luisteren en adviseren als belangrijkste naar voren bij de patiënten vragenlijst (pt). De pt geven tevens aan dat naast deze punten meeleven en mogelijkheid bieden emoties te uiten positief kunnen werken. 72,7% van de pt. ervaart voldoende betrokkenheid van hulpverleners. 63,6% vindt dat er voldoende informatie, aandacht en aanmoediging is vanuit de hulpverlener.

Suicide en depressie

Bij suicide gedachten verwijzen de meeste ft door naar maatschappelijk werk (mw)/psychotherapeut/psycholoog. Soms bespreken ze de gedachten direkt met de revalidant. De pt lijst geeft aan dat meer dan de helft geen suicide of depressieve gedachten heeft. Indien deze wel aanwezig, dan waren deze in de meeste gevallen bespreekbaar.

Cultuur

Culturele aspecten spelen een rol bij de behandeling van de ft. Een duidelijke opmerking daarover is: veel patiënten uit andere culturen hebben een andere ziekte beleving en de aanpak is wat hen betreft niet altijd de actieve.

Van de pt geeft 70% aan dat verlies in verschillende culturen anders geuit wordt.

Leeftijd

Leeftijd heeft geen invloed op het verwerkingsproces. Wat wel effect heeft zijn: eerder door gemaakte verliezen een ouder iemand heeft vaak meer verloren. Daarnaast gaat het om de manier waarop deze zijn verwerkt.

Sociale omgeving

De sociale omgeving speelt een belangrijke rol. Deze rol kan zowel negatief als positief zijn. De sociale omgeving activeren wordt voornamelijk als rol van een mw. gezien. Van de pt. kreeg 72,7% voldoende steun van de sociale omgeving. Iets meer dan een derde kon goed praten met het gezin en iets meer dan een kwart voelt zich niet begrepen.

Uit de Pt. lijst kwam dat wanneer de hulpverlener vroeg naar het sociale netwerk van de revalidant dit ook de revalidanten zijn die tevreden zijn over informatie, aandacht en aanmoediging van de hulpverlener.

Fasen

25% van de fysiotherapeuten geeft aan dat fasen voorkomen in dezelfde volgorde. 25% zegt dat die meestal/soms in dezelfde volgorde gebeurt.

70% van de pt. kan zich vinden in de genoemde fasen.

Vertraagde rouwverwerking.

Ft geven aan dat het belangrijk is om niet in de rouwverwerking te blijven steken en het belangrijk is om een nieuw toekomstperspectief te bieden.

Afscheidsrituelen

50% van de ft. denkt dat het positief kan werken, maar hebben er weinig tot geen ervaring mee. Daarentegen staat 60% van de pt niet open voor een afscheidsritueel.

Samenvatting

In het handboek komen vele aspecten aan de orde. In deze samenvatting worden de belangrijkste punten kort genoemd. Met behulp van de inhoudsopgave kan men gemakkelijk de interessante punten vinden en hier meer over lezen.

Revalidatie kan op verschillende locaties plaatsvinden zoals in een revalidatiecentrum, ziekenhuis, verpleeghuis of thuis door de thuiszorg. De revalidatie bestaat uit verschillende fasen: de opname-, bed-, actieve trainings- en ontslagfase. De revalidatie arts staat aan het hoofd van het multidisciplinaire team dat werkt aan de revalidatie. De verliesverwerking wordt door maatschappelijk werk en psycholoog behandeld. Verliesverwerking is een proces van aanpassing. Het is grof weg te verdelen in het begin, midden en het einde van het rouwproces. Bij ieder stadium treden andere emoties op de voorgrond. Het proces wordt vaak opgedeeld in fasen, deze fasetypologie moet niet worden gebruikt als meetlat voor een juiste verwerking van het verlies. Het is een persoonlijk proces waarbij iedereen een eigen copingstijl ontwikkelt en dus niet bij iedereen de emoties voorkomen in dezelfde intensiteit, duur en volgorde.

De fasen beschrijving van Bout en Kleber en die van Kübler-Ross zijn de bekendste.

Bout en Kleber:

- Schok.
- Ontkenning.
- Gevoelens van verdriet, machteloosheid en depressie.
- Opstandigheid en agressie.
- Acceptatie.

Kübler-Ross:

- Ontkenning en isolering.
- Woede.
- Marchanderen.
- Depressie.
- Aanvaarding.

Afweer, Afscheid en Accommodatie zijn innerlijke processen die voorkomen bij verlies en schokkende gebeurtenissen. De intensiteit, duur en betekenis van deze processen zijn persoonlijk verschillend.

Communicatie is belangrijk, zeker binnen het gezin, de drie O's als taken voor het gezin. Deze taken bestaan uit: Openlijke erkenning van het verlies, Ordening van de chaos en Oriëntatie op nieuwe relaties, en moeten binnen het gezin gebeuren om een verlies samen met het gezin te verwerken.

In hoofdstuk drie wordt de historie van de verliesverwerking besproken. Zoals de theorie van Freud tot aan de theorie van Kübler-Ross waarop de huidige theorieën gebaseerd zijn.

Naast een "normaal" verliesverwerkingsproces kan er een pathologisch rouwproces ontstaan. Bij het diagnostiseren van een pathologische rouwverwerking moet in de gaten gehouden worden dat symptomen voorkomend bij pathologische rouwverwerking ook kunnen voor komen bij niet pathologische rouwverwerking. Verliesbegeleiding bij zowel pathologische als niet pathologische rouwverwerking kan nodig zijn. Het is een proces waarin de rouwende, met hulp en ondersteuning van de rouwbegeleider, de gelegenheid wordt geboden om over de verlieservaring te praten en om alle emotie, gedachten en gedragingen die daarmee samenhangen te uiten en te delen.

De doelen van rouwbegeleiding zijn: een steunende relatie aan gaan met de rouwende, de rouwende helpen om te begrijpen wat er met hen gebeurt in het verliesverwerkingsproces, het stimuleren van vooruitgang in het verliesverwerkingsproces en het uiteindelijk beëindigen van de relatie tussen rouwbegeleider en de cliënt.

Verliesverwerking is een persoonlijk proces en de begeleiding moet daarom cliëntgericht zijn. Cliëntgerichtheid bestaat uit congruentie, empathie en onvoorwaardelijke positieve aandacht. Er zijn verschillende modellen voor verlies begeleiding o.a. het SLOP en SCHOON- model.

SLOP staat voor:

- Stilte.
- Lichaamstaal.
- Onderwoorden brengen.
- Praktische handreiking.

SCHOON staat voor:

- Sensitief zijn ten aan zien van signalen van de cliënt.
- Creatief zoeken naar gepaste steunvorm.
- Herkennen van psychologische invloeden.
- Onderkennen van omgevingsinvloeden.
- Onderkennen van eigen kwetsbaarheid.
- Normaliseren verlies, uitingen, complicaties.

Het slechtnieuwsgesprek om een slecht bericht te brengen en de revalidant daarbij goed te begeleiden.

Een slechte nieuwsgesprek bestaat uit drie fasen:

- Het meedelen van het slechte nieuws.
- Frustratie vermindering.
- Probleemoplossing.

Voor het verwerken van verlies is de wijze waarop begeleiding gegeven wordt van groot belang. Bij de begeleiding zijn er valkuilen. Deze valkuilen kunnen voortkomen vanuit een eigen niet of onvolledig verwerkt verlies. Het is belangrijk om deze valkuilen te herkennen en te erkennen zodat de begeleider deze kan opheffen. Bij de verlies begeleiding komt men verschillende culturele achtergronden tegen. Verschillende culturen betekent verschillende copingstijlen. In de oosterse culturen worden psychische klachten veel meer somatisch geuit, in de westers culturen is dat voor een groot deel afgeleerd. De pijn beleving van mensen met een oosterse achtergrond is vaak heftiger. Zeker bij de 1e generatie hier in het westen ziet men het leed op leed verschijnsel. Mensen hebben al meerdere verliezen, verlies van land, familie. Hierdoor kan pathologische rouwverwerking eerder ontstaan. Door de cultuurbarrière is een goede begeleiding dan moeilijk. Verstandig is het dan om een beroepskracht te consulteren die dezelfde culturele achtergrond heeft. Godsdiensten hebben vaak een eigen copingstijl. De drie grote godsdiensten in Nederland zijn Het Christendom, Jodendom en de Islam. Het is voor de beroepskracht, werkend in de gezondheidszorg, belangrijk om te weten dat deze meer kans heeft op het ontwikkelen van het burnout-syndroom. Signalen die wijzen op het burnout-syndroom liggen op psychologisch, gedragsmatig en fysiologisch niveau. De risico factoren bestaan uit uitwendige factoren en persoonlijke factoren. Het opheffen en/of verminderen van deze factoren heeft een positief effect op het voorkomen van het burnout syndroom.

Het handboek geeft een overzicht van hoe een verlies verwerking en de verlies begeleiding er uit ziet, en wat de gevaren zijn van verliesbegeleiding voor de beroepskracht zelf, denk aan het burnout-syndroom. Hopelijk geeft het voldoende informatie om mee te kunnen werken. Houd in de gaten dat er voor verliesbegeleiding speciaal opgeleiden mensen zijn en stuur iemand door als het te ver buiten jouw taakgebied valt of je het zelf niet aan kan.

Veel succes,

Anke Houtackers en Corina Jacobs

1. Anouche Adams, *Ik wou dat ik dood was. Over zelfdoding, signalen en pogingen*, Haarlem de toorts, 1993
2. Red. H. Bakker, *Revalidatie en migranten*, Amsterdam Vu uitgeverij, 1989
3. Prof. B. D. Bangma en A. Kap, *Inleiding revalidatie geneeskunde patiënt gericht hulpverleners.*, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1998
4. Ron van den Berg, *Therapeutische afscheidsrituelen*, Scriptie HVA, mei 1991
5. P. Boelen, C. Huiskes, I. Kienhorst, *Rouw en rouwbegeleiding*, NIZW uitgeverij, Utrecht, 1999
6. Ria van Boheem-Walhain, *Langzaam afscheid nemen. Het relaas van een verwerkingsproces*, Van loghum Slaterus, derde druk 1985.
7. Prof. Dr. J. van de Bout, Drs. P.A. Boelen, Dr. J. de Keijser, *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*, Bohn Stafleu van Lochum, Houten, 1998
8. Dr. J. van de Bout en Dr. Rolf Kleber, *Omgaan met verlies en geweld. Een leidraad voor rouw en trauma verwerking*, Kosmos-Z&K Uitgevers. Utrecht/Antwerpen, 1994
9. Jan van den Bout & Evert van der Veen, *Helpen bij rouw*, de Tijdstroom/ LSR, Utrecht, 1997
10. Marieke de Bruijn, *Leren leven met verliezen, hoe doe je dat?*, Dordrecht 1^e druk, 1996
11. Buijssen, *Traumatische ervaringen van verpleegkundigen, als je beroep een nachtmerie wordt.*, De Tijdstroom Utrecht, 3^e druk 1995
12. Huub Buijssen, *Verstoorde rouw bij ouderen. Signalering en hulpverlening*, uitg. Intro, Baarn, 2000
13. Els Cats, *De benen nemen. Leven met een beenprothese.*, Lifetime kosmos-Z&K Uitgevers, 1999
14. Derksen, *over verlies en verlangen*. Bohn Stafleu v. Lochem, houten, 2^e herz. Dr., 1990
15. Rabbijn mr. Drs. R. Evers, *Geen bloemen, wel bezoek. Een analyse van rouwverwerking vanuit de joodse theorie en praktijk*, Kok Kampen, 1997
16. Gill en R. F. W. Diekstra red., *Verdriet, verliesverwerking en gezondheid*, Ambo, 1988
17. Red. Astrid Kinebanian, Clara Thomas, *Grondslag van de ergotherapie*, Elsevier/ De Tijdstroom, 1998
18. Drs. L.C. Klein-Vuijst, *Rouwen om een kind*, Groen, 1999
19. Kübler-Ross, *Wat kunnen wij nog doen? Vragen en antwoorden bij lessen voor levenden*, Ambo b.v., 1974
20. Dr. W. Metz, *Het dorp. Menselijk welzijn en lichamelijk gebrek*, G. F. Callenbach N.V.- Nijkerk, 1977
21. Moor, H.G.G van Balen, K.A.Beers, L.A.J. de Vos, *Revalidatie psychologie*, van Gorcum en comp. Bv. Assen, 1990
22. Hermand de Mönnink, *Verlieskunde, handreiking voor de beroepspraktijk*, Lema b.v. utrecht, 2^e herz. Druk 1997
23. Saskia Prakke, *De beginnende fysiotherapeut tijdens zijn omgang met het rouwproces van de dwarslaesiepatiënt*, Amsterdam, november 1998
24. S. Reedijk, *Psychiatrie*, De Tijdstroom, achtste druk, 1996
25. Roger Rundquist, *Omgaan met verlies*, Uitg. Ankh-Herms bv. Deventer, 1994

26. Peter W. Speck, *Verlies en verdriet in de geneeskunde. Beleving, stemverlening invloed van religie en cultuur.*??, ??

27. *Enquêteeren; Het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1989

Stadia of Fases van Rouw en/of Verliesverwerking:

Bout
Schok
Ontkenning
Verdriet, machteloosheid & depressie
Opstandigheid en agressie
Acceptatie

Engel:
Ontkenning
Toenemend bewustzijn
Oplossing

Kavanaugh:
Schok
Desorganisatie
Heftige emoties
Schuld
Verlies en eenzaamheid
Opluchting

Kübler-Ross:
1e stadium: Ontkenning, Isolering
2e stadium: Marchanderen en onderhandelen
3e stadium: woede en boosheid
4e stadium: Depressie
5e stadium: Aanvaarding

Bowley en Parker:
Verbijstering
Intens verlangen en zoeken
Wanorde en wanhoop
Reorganisatie

Polspoel:
Confrontatie; ongeloof en ontkenning
Objectieve bewustwording
Subjectieve bewustwording
Integratie

Ramsay:
Schok
Ontredding
Zoeken en ontkenning
Troosteloosheid, verdriet en agressie etc.
Berusting
Reintegratie