

Omgaan met nabestaanden: De valkuilen van rouw

Als een patiënt overlijdt, hebben de nabestaanden het daar vaak erg moeilijk mee. Iedereen heeft een eigen manier van verliesverwerking en de een doet daar lang over, de ander kort. Soms gaat het echt mis en moet een nabestaande naar een psychotherapeut worden verwezen. Meestal is dat gelukkig niet nodig, maar dat betekent soms wel dat een groot beroep wordt gedaan op de huisarts. Professor Van den Bout vertelt in een interview wat de huisarts allemaal kan doen.

Prof.dr. J. van den Bout werd in 1996 benoemd tot bijzonder hoogleraar Verliesverwerking aan de Universiteit Utrecht. Sindsdien geldt hij als dé rouwexpert in Nederland. Vorig jaar trainde hij een groep huisartsen in Zuid-Holland in de begeleiding van nabestaanden. Ook staan vele publicaties over het onderwerp op zijn naam.



Definities, mythes en fasen

In zijn kamer, volgestouwd met literatuur over rouw en andere pape-rassen, gaat Van den Bout in op de vele aspecten van het omgaan met verlies. ‘Rouw is de prijs die we betalen voor een band die we hebben met een ander. We kunnen het rouwproces het beste vergelijken met een vulkaan: die is aan het begin erg actief, wordt dan rustiger en gaat slapen, maar hij dooft nooit en kan zelfs weer oplaaien. Zo is het ook met rouw.’

Van den Bout stoort zich aan de ‘populaire mythes’ over verliesverwerking: ‘Na de Tweede Wereldoorlog ontstond in de wetenschap het idee dat een rouwproces zich voltrekt in een vastomlijnde periode. Eerst was dat drie maanden, in de jaren zestig werd dat één jaar. Auteurs als Kübler-Ross kwamen met fasetheorieën, waarin het rouwproces verloopt van de fase van ongelooft, naar die van kwaadheid, acceptatie, verdriet en cetera. Uiteindelijk blijken dit allemaal klinische spijnsels te zijn. Helaas hebben die wel hun weg naar allerlei boekjes en voorlichtingsmaterialen gevonden. Die zijn erg normerend, en kunnen voor een patiënt daardoor sterk belastend zijn.’

Levenslange rouw

Van den Bout bespeurt ook bij huisartsen de misvatting dat verliesverwerking stapsgewijs verloopt en na een vastgestelde periode over dient te zijn. ‘Een huisarts kan wat dat betreft erg strikt zijn, en ook doen alsof hij het allemaal heel goed weet. Bij iemand die na drie maanden zijn leven weer herneemt, constateert hij dan soms ten onrechte verdringing van het verdriet. En een weduwe die na anderhalf jaar nog intens treurt, stuurt hij naar een psychotherapeut, hoewel dat misschien helemaal niet nodig is.’

Van den Bout vat zijn visie op rouw kernachtig samen: ‘Rouw duurt in feite een heel leven; het houdt nooit op. Voor nabestaanden blijft de sterfdag of de verjaardag van een overledene een beladen dag waarop de emoties toch weer kunnen oplaaien. Zelfs na vijftig jaar. Rouw is een brede waaier. Fasen gaan en komen weer, en daar is niets mis mee. Het gaat pas fout als je leven dag in dag uit in het teken van dat overlijden blijft staan.’

Verlies van een kind

Van den Bout, als sociaal wetenschapper toch op zoek naar vaste patronen in het menselijk gedrag, moet toegeven dat juist bij verliesverwerking dergelijke patronen moeilijk te vinden zijn. Op één punt durft hij echter wel een harde uitspraak te doen: ‘Uit onderzoek blijkt duidelijk dat het over het algemeen veel ingrijpender is een kind te verliezen dan een partner. Niet alleen de dochter of zoon sterft, maar ook komt een einde aan de toekomstplannen die de ouders koesterden. Een moeder kan niet langer dromen dat zij met haar dochter, als die achttien is, gezellig gaat winkelen. Een heel bouwwerk van verwachtingen stort in. Dat komt keihard aan.’

Door een sterfgeval van een kind komt ook de relatie tussen de ouders onder druk te staan. ‘Een vrouw zit drie weken na het overlijden nog boordevol verdriet en windt zich ontzettend op omdat haar echtgenoot toch de verjaarparty van de burens bezoekt. Mannen en vrouwen verwerken leed nu eenmaal heel anders.’

Een huisarts zou rouwende partners daarvan bewust kunnen maken, denkt Van den Bout. Ook kunnen ze erop letten dat de overgebleven kinderen in een gezin niet worden vergeten. ‘Ouders zijn zo overweldigd door hun eigen leed, dat ze over het hoofd zien dat de andere kinderen ook verdriet hebben over het verlies van een broertje of zusje.’

Bejegening door de huisarts

Er is nooit grondig onderzoek gedaan naar de bejegening van rouwenden door de huisarts. Uit een tien jaar oude studie over verliesverwerking blijkt echter wel dat de huisarts vaak als grote afwezige wordt ervaren in het rouwproces. ‘Veel ondervraagden meldden spontaan, buiten de vragenlijst om, dat ze hun huisarts erg hadden gemist. Zij hadden verwacht dat deze vaker zou langskomen. De huisarts is voor veel mensen blijkbaar iemand die over de schouders meekijkt naar de groei en de ontwikkelingen binnen een gezin.’

Artsen, zo bespeurt Van den Bout, weten echter vaak niet hoe zij op een sterfgeval binnen een gezin moeten reageren. ‘Dan zeggen ze: “Ik weet niet of ik wel welkom was”, of: “Ik weet niet of ik naar de begrafenis moet.” Nou is dat laatste ook vrij ondoenlijk omdat een arts vele patiënten per jaar verliest. Maar het is goed om tegenover nabestaanden hierover duidelijk te zijn of je twijfels kenbaar te maken: “Willen jullie dat ik langskom of niet?”’

Een arts moet in ieder geval iets van zich laten horen, vindt Van den

Bout, al was het maar dat de praktijkassistente een kaartje stuurt. ‘Verder kun je in je agenda opnemen dat je de nabestaanden na vier of zes maanden nog eens opbelt. En geef een folder mee of wijs op het bestaan van de Landelijke Stichting Rouwbegeleiding in Utrecht als ze op het spreekuur komen. Ook kun je wijzen op de mogelijkheid om via internet lotgenoten te zoeken. Er zijn bijvoorbeeld al aparte chatgroepen van ouders die een kind hebben verloren.’

Als rouw spaak loopt

Belangrijke vraag voor hulpverleners is wanneer rouw ontspoord en nabestaanden er niet in slagen hun leven weer op te pakken. ‘De huisarts moet zich zorgen gaan maken als in het verwerkingsproces geen vooruitgang zit. Er zijn mensen die de dood van een partner maar niet kunnen accepteren. Verstandelijk beseffen ze wel dat deze overleden is, maar ze leven in feite door alsof de partner er nog is. Na een jaar komen ze nog niet aan dat zware gevoel toe dat andere rouwenden wel ervaren. Maar er zijn ook rouwenden bij wie dat zware gevoel juist niet wil overgaan. Die blijven maar met die steen in hun buik zitten.’ Een ander signaal dat het verwerkingsproces spaak loopt is als mensen te lang blijven hangen in schuldgevoelens. ‘Nabestaanden hebben reacties als: “Had ik maar dit of dat gedaan, dan was mijn partner langer blijven leven.” Schuldgevoelens zijn overigens een heel natuurlijk fenomeen. Meestal verdwijnen ze geleidelijk, maar bij sommigen worden ze steeds intenser. Zo zijn er echtgenotes van kankerpatiënten die zichzelf de hele dag verwijten dat zij hun man geen gezonder voedsel hebben gegeven.’ Overigens moeten schuldgevoelens niet louter als negatief verschijnsel worden opgevat. ‘Het geeft nabestaanden wel de illusie dat zij controle kunnen uitoefenen.’ Dat is vaak weer makkelijker te accepteren dan het idee dat zij volkomen hulpeloos zijn, zonder enig invloed te hebben op het lot.

Psychische klachten

Van den Bout kan geen voorbeelden noemen van somatische klachten die duiden op een verstoord rouwproces. Wel lijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen psychische klachten en verliesverwerking. ‘Dan zie je dat iemand een paar maanden na het sterfgeval niet meer de straat op durft.’ Een bekend verschijnsel is ook dat achterblijvers zich opeens melden met klachten die hun overleden partner ook had. Waar een huisarts verder bedacht op moet zijn, is dat een patiënt een somatische klacht aangrijpt om hulp te zoeken bij verliesverwerking. ‘Na een paar maanden meldt iemand zich met klachten aan de grote teen. Die klachten zijn misschien reëel, maar tegelijk ook een manier om aandacht te vragen voor dat andere leed.’

De invoelende huisarts

Komt dat leed ter sprake, dan moet een huisarts vooral aandachtig luisteren, vindt Van den Bout, zéér aandachtig zelfs. ‘De huisarts moet als het ware in de huid van de rouwende kruipen.’ Hij noemt een voorbeeld uit zijn praktijk, een vrouw die slachtoffer was van een verkeersongeval en na drie maanden ontwaakte uit een coma. ‘Haar partner was overleden bij het ongeluk. Iedereen in haar omgeving had de eerste klap van zijn dood al verwerkt, en was eraan gewend

dat hij er niet meer was. Behalve zij. Zij moest het grote gemis nog ervaren, maar kon voor dat verdriet nergens meer gehoor vinden.’ Volgens Van den Bout moet een huisarts ruimte bieden voor de ‘moeilijke’ emoties die bij rouwenden kunnen opspelen. ‘Naast schuldgevoel is dat bijvoorbeeld jaloezie. Een gepensioneerde man die het niet kan verkroppen als de burens de mooie reisjes maken die hij met zijn vrouw in gedachten had. Laat zo iemand gewoon zijn gal spuwen. Die kwaadheid is een natuurlijke reactie.’

Boze nabestaanden

De kwaadheid van rouwenden kan zich ook keren tegen de huisarts. Tijdens een training die Van den Bout gaf bij de DHV Zuid-Holland-Zuid, bleek hem dat artsen soms de volle laag krijgen na een sterfgeval. Vooral artsen die erg betrokken waren bij het ziekbed van de overledene, kunnen daar moeilijk mee overweg. ‘Een arts kreeg de boodschap dat de familie er nog niet aan toe was hem te zien. Reken maar dat zo iets hard aankomt.’

Als een arts zich intensief bemoeit met een terminale patiënt, is volgens hem de kans op conflicten ook groter. ‘De band met een gezin wordt inniger en dan gaat niet altijd alles even goed.’ Van den Bout vindt dit geen argument voor een grotere distantie. ‘Nee, ook huisartsen kunnen en mogen fouten maken.’ Artsen moeten hun fouten echter wel open bespreken. ‘Iedereen weet wel dat nabestaanden na een sterfgeval onredelijk kunnen zijn. Het is daarom voor artsen verleidelijk om klachten over hun optreden te labelen als onderdeel van het rouwproces. Maar de kwaadheid van een nabestaande kan worden versterkt door zo’n reactie van de huisarts, en dat kan weer uitmonden in slepende juridische procedures.’

Het eigen verleden

Ook kan een arts zich te veel laten leiden door eigen ervaringen. ‘Een arts die zijn ouders op jonge leeftijd heeft verloren, zal misschien ongevoelig reageren op een patiënt wiens hoogbejaarde vader overlijdt. Die arts denkt onbewust “dit is toch niet zo erg” en loopt daarmee de kans kil over te komen op de patiënt. Artsen moeten dergelijke persoonlijke valkuilen goed kennen’, vindt Van den Bout. De trainingen in Zuid-Holland begon hij dan ook met sessies waarin de deelnemers over hun eigen rouwprocessen vertellen. ‘Huisartsen zijn kleine zelfstandigen, die hun ervaringen met weinig anderen delen. Toch zou het goed zijn als ze dat regelmatig met collega’s doen. Intervisiebijeenkomsten zijn daarvoor heel geschikt.’ Een regelmatige gang naar de psycholoog vindt hij echter overdreven.

De emotioneel belastende begeleiding van rouwenden is volgens Van den Bout strikt genomen ook niet een taak van de huisarts. Daar zijn andere instanties en mensen voor, waarbij met name te denken valt aan rouwbegeleiders. Als er sprake is van verstoorde rouw, dan zijn gespecialiseerde psychotherapeuten, zoals hijzelf, de aangewezen deskundigen. ‘Sommige patiënten menen toch recht te hebben op begeleiding van de huisarts. Een huisarts moet dan op dit punt duidelijkheid scheppen en zeggen dat hij niet de juiste persoon is.’

Maarten Bakker, journalist