

Verliesverwerking: een “normaal” proces

An Gielen – Klinisch psycholoog



Overzicht

1. Inleiding
2. Wat is rouw?
3. Rouwproces/Verliesverwerking bij overlijden versus bij blijvende beperkingen
4. Verliesverwerking in de revalidatie
 - A. Schokverwerking
 - B. Verliesverwerking
5. Rouwmodellen
 - A. Model van Elisabeth Kübler-Ross
 - B. Model van William Worden
 - C. Duale procesmodel van Stroebe en Schut
6. Tijdsduur?
7. Take home messages

1. Inleiding: Wat is normaal?

- ▶ **nor·maal** (*bijvoeglijk naamwoord, bijwoord*) **1** **volgens de regel**; = gewoon: *hij is niet normaal* niet goed bij zijn hoofd; *normaal gesproken* gewoonlijk; *niet normaal!* uitroep als je iets zeer heftigs ondergaat

Verliesverwerking



Vingerafdruk

- ▶ Voor iedereen herkenbaar
- ▶ Toch heel individueel

2. Wat is rouw?: definitie

Onder rouw verstaan we het geheel aan **reacties** dat optreedt na het **verlies van iets of iemand**, waarmee een **betekenisvolle band** bestond.

Dit kan zijn: een band met een persoon, maar ook met een land, met een toekomstperspectief of ideaal, met gezondheid, met werk of hobby's. Iedere verandering heeft een dimensie van verlies in zich.

-
- ▶ Rouw = proces van aanpassing aan verlies
 - ▶ Grofweg 3 stadia: begin, midden, einde

Rouwreacties

- ▶ Verwarrend, tegenstrijdig
- ▶ Lichamelijke reacties en symptomen
- ▶ Emotionele en mentale reacties
- ▶ Gedrag
- ▶ Zin- en betekenisgeving
- ▶ Context (gezin en familie)

Rouwen is normaal

- ▶ Rouw moet niet gezien worden als “iets dat opgelost moet worden”, of als “een medisch probleem” (Stroebe en Schut, 1999).
- ▶ Een verlies is niet op te lossen. Het maakt deel uit van het leven en brengt vaak een rouwproces met zich mee.
 - ▶ Een proces omdat het niet zomaar van de ene dag op de andere gebeurt -> tijd en energie
 - ▶ In “verlies verwerken” zit niet toevallig het woord “werken”
- ▶ Rouwen is niet iets negatiefs, wat zo snel mogelijk achter de rug moet zijn. Het leven bestaat niet enkel uit positieve ervaringen en emoties <-> media (Lambrecht & De Schaepmeester, 2018)

Basisuitgangspunt

Bestaansrecht!



3. Rouwproces/Verliesverwerking bij overlijden versus bij blijvende beperkingen

Overlijden vs blijvende beperkingen

▶ Belangrijke **verschillen**

- ▶ Leven versus dood
- ▶ Blijvende nood aan verzorging en aandacht
- ▶ Meer verwarring en onzekerheid
- ▶ Bij overlijden kunnen we terugvallen op rituelen die de overgang symbolisch vertalen

Overlijden vs blijvende beperkingen

- ▶ Belangrijke **gelijkenissen**
 - ▶ Verlies van de verwachtingen die je had
 - ▶ Schuld en onmachtgevoelens
 - ▶ Zelfde proces (zie verder)

-
- ▶ Bij blijvende beperkingen gaat het dikwijls om **chronische** rouw.
 - ▶ Het gaat over rouwen omwille van “levend verlies” (Manu Keirse).

4. Verliesverwerking in de revalidatie

- ▶ “Graag uw hulp bij de verwerking en acceptatie”
 - ▶ Aanleiding is vaak patiënt die opvallend emotioneel reageert of juist helemaal niet.
 - ▶ Soms gaat het om patiënt die niet bereid of in staat lijkt zich voor zijn revalidatie in te zetten.
 - ▶ Opvallend: patiënten vragen zelf vaak niet expliciet om hulp bij de verwerking.
- ▶ Begrippen “verwerken” en “accepteren” hebben voor verschillende mensen verschillende betekenissen
 - ▶ De ene patiënt hoopt zijn situatie ooit te accepteren, terwijl de andere dit pertinent weigert (“Dit zal ik nooit accepteren”). Weer anderen geven aan in “verwerkingsproces” te zitten.

-
- ▶ Elke patiënt heeft te maken met het verwerken en accepteren van zijn situatie
 - ▶ Gaat immers om een onwenselijke en meestal onverwachte situatie, die gepaard gaat met verlies en rouw.
 - ▶ Dit hoeft niet problematisch of zorgwekkend te zijn.
Onderzoek naar verliesverwerking bij rouw na overlijden: 5 à 10% problematische verwerking.

Omgeving

- ▶ Patiënt krijgt regelmatig advies van directe omgeving om “het nu maar te accepteren”, “ermee te leren leven”
 - ▶ Patiënt ervaart vaak sterke weerstand
 - ▶ Aanvaarding versus aanpassing: “Aanpassen” getuigt van het wisselende karakter van rouwarbeid. Het past meer bij het “actieve” en het strookt met het idee van een levenslang proces. “Aanvaarden” lijkt als term eerder iets “passiefs” of “definitiefs”.
- ▶ Voor professionals belangrijk om idee te hebben van de processen die een rol spelen bij verwerking

-
- ▶ Verwerkingsprocessen kennen veel individuele variatie wat betreft timing, beleving en uiting.
 - ▶ Er zijn ook grote culturele verschillen. Zo zijn er culturen waar er quasi geen “rouwarbeid” verricht wordt of waar het rouwen volgens andere rituelen en voorschriften verloopt (bv. Automutilatie, uittrekken van de haren).
 - ▶ Er bestaat dus geen “correcte” of “algemeen geldende” manier van rouwen.

-
- ▶ Binnen de revalidatie is het zinvol om een onderscheid te maken tussen **schokverwerking** (of traumaverwerking) en **verliesverwerking**

A. Schokverwerking

- ▶ Schok kan het gevolg zijn van ongeval, plotseling ziekte of amputatie



Schokverwerking

- ▶ Maar ook het horen of beseffen van de diagnose en prognose kunnen schokkend zijn.



-
- ▶ Bij langere reva: *herhaalde* schokken



Schokverwerking

- ▶ Doel = herwinnen van een vorm van basisvertrouwen
- ▶ Dit vraagt om een responsieve, steunende omgeving
 - ▶ Luisteren, zonder veel te sturen of op te gaan lossen
 - ▶ Soms behoefte aan specifieke info, duidelijkheid en overzicht over wat er gaat gebeuren
 - ▶ Vast dagritme en duidelijke agenda kunnen ondersteunend zijn in het herwinnen van enige grip
 - ▶ Alle revalidatiedisciplines hebben hierin een taak

Schokverwerking

- ▶ Wat bij sterk belemmerende hyperarousal, vermijding en intrusieve herinneringen?
 - ▶ Overwegen van specifieke traumabehandeling
 - ▶ Normale stressreactie versus stressstoornis: diagnostiek
 - ▶ DSM-criteria
 - ▶ Screenende vragenlijsten:
 - Schokverwerkingslijst: Brom & Kleber, 1985
 - Posttraumatische stressstoornis-zelfscoringslijst: Carlier, Van Uchelen & Gersons, 1996
 - Zelfinventarisatielijst posttraumatische stressstoornis: Hovens, Bramsen & Van der Ploeg, 2000
 - ▶ Behandeling: psycholoog, maar hele team betrouwbaar, voorspelbaar en responsief

B. Verliesverwerking

- ▶ Wanneer het besef doordringt dat het nooit meer zal worden als vroeger, dat men gezondheid of mogelijkheden definitief verloren heeft.
 - ▶ Soms al tijdens de revalidatie
 - ▶ Vaak pas in de nazorg of chronische fase als patiënt de draad weer wil oppakken
 - ▶ Verwerken is een werkwoord
 - ▶ Rouwmodellen: bieden houvast maar mogen niet normatief gebruikt worden

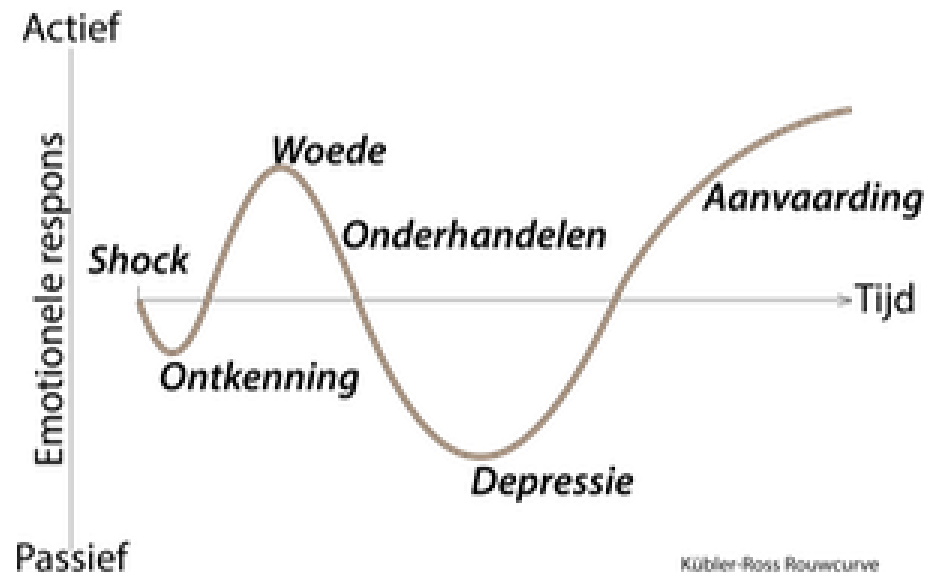
5. Rouwmodellen

- A. Model van Elisabeth Kübler-Ross (1969)
- B. Model van William Worden (1992)
- C. Duale procesmodel van Stroebe & Schut (1999)

A. Model van Elisabeth Kübler-Ross

- ▶ 1969
- ▶ 5 opeenvolgende fasen: ontkenning, boosheid, onderhandelen, verdriet en aanvaarding
- ▶ Reacties zijn voor velen herkenbaar, maar wordt ook als te normatief ervaren. Schuilt gevaar dat men de fasen gaat zien als universeel, noodzakelijk en dwingend.

De 5 stadia van Kübler-Ross



B. Model van William Worden

- ▶ 1992
- ▶ Geen lineair model: 4 rouwtaken die elkaar afwisselen, door elkaar lopen en zich herhalen
 - 1) De realiteit van het verlies aanvaarden
 - 2) De pijn om het verlies en de bijhorende emoties doorleven
 - 3) Aanpassen aan een veranderd leven en een situatie, nieuwe vaardigheden en rollen
 - 4) Het verlies een plaats geven in het leven en investeren in nieuwe projecten m.a.w. oppakken van de draad van het leven

1) Aanvaarden van de realiteit van het verlies

- ▶ “Beseffen van de realiteit” = vnl. cognitieve taak
- ▶ Opvattingen over zichzelf, eigen mogelijkheden en beperkingen kloppen niet meer -> toekomstplannen worden doorkruist.
- ▶ Taak: “verhaal over het zelf” herschrijven. Wie ben ik? Wat kan ik?
- ▶ NIET eenvoudig want vaak gebaseerd op automatische, geconditioneerde gedachtepatronen, onuitgesproken aannames en vanzelfsprekendheden

Hoe helpen bij taak 1?

- ▶ Probeer een veilige en overzichtelijke omgeving te creëren.
- ▶ Zorg voor een goede communicatie tussen patiënt, familie en hulpverleners.
- ▶ Duidelijke en zo nodig herhaalde informatie, mondeling en aanvullend schriftelijk is van belang.
- ▶ Nabesprekingen van de resultaten van onderzoeken, waarbij er geluisterd wordt naar wat dit oproept.
- ▶ Opgelet: inzicht in eigen beperkingen wordt vaak als heel bedreigend ervaren -> geduld en empathie!
 - ▶ Alsmar confronteren = contraproductief
 - ▶ Ook niet geruststellen of aandragen van oplossingen
 - ▶ Wel: aandachtig luisteren (stabiel en meelevend) en niet meegaan in de paniek en verwarring

Hoe helpen bij taak 1?

- ▶ Realiteitstoetsing: opvattingen, ideeën en verwachtingen van patiënt bespreken, overdenken en beschrijven -> indien nodig zoeken naar adequate herformuleringen
- ▶ Niet-oordelend en niet-normerend
- ▶ Schrijfopdrachten kunnen helpen om gedachten te ordenen en een nieuw zelfbeeld te construeren
- ▶ Wat mag patiënt verwachten? Hoop?
 - ▶ Patiënt, omgeving en team niet altijd op één lijn.
 - ▶ Eerst investeren in werkrelatie vooraleer confronterende interventie mogelijk.
 - ▶ Hoop is nodig om moed te blijven putten en een inspanning te willen leveren!

2) Ervaren van de bijhorende emoties

- ▶ Afhankelijk van de persoon en het moment kunnen verschillende emoties optreden:
 - ▶ Verdriet: om het verlies en het gemis van gezondheid en mogelijkheden
 - ▶ Boosheid/frustratie: hangt vaak samen met verzet en overtuiging dat het anders had moeten lopen; bv. boos op zichzelf, zijn lichaam, de omgeving, de therapeuten, het lot of God
 - ▶ Angst: onzekerheid over de toekomst of het eigen vermogen de situatie te hanteren -> leidt vaak tot piekergedrag
 - ▶ Soms afgewisseld met euforie
 - ▶ ...
- ▶ Grote verschillen tussen mensen -> niet verplichten om emoties te uiten en erover te praten

Hoe helpen bij taak 2?

- ▶ Cultuur: heftige emoties worden vooral aanzien als onwenselijk -> vaak behoefte om ze snel te laten ophouden
- ▶ Zowel patiënt als behandelaar soms geneigd om emoties te vermijden
- ▶ Echter: het toelaten of verdragen van de emoties kan gezien worden als een fase in de verliesverwerking en dus een belangrijke taak -> ruimte geven aan patiënt om emoties te uiten.
- ▶ Als patiënt opmerkt dat intensiteit afneemt door emoties toe te laten -> zelfvertrouwen neemt toe
- ▶ Onder woorden brengen van wat men ervaart maakt emoties meer hanteerbaar en minder bedreigend

Hoe helpen bij taak 2?

- ▶ Erken het gevoel, niet minimaliseren
- ▶ Aandachtig luisteren en begrip tonen zijn adequate reacties zonder dat er altijd gerichte acties moeten worden ondernomen
- ▶ Ook non-verbale mogelijkheden: luisteren naar muziek, muziek maken, bewegen op muziek, artistieke expressie (tekenen, boetsen, ...)
- ▶ Opgelet voor tegenoverdracht indien patiënt hinderlijke boosheid of frustraties van onmacht uit -> verstoring van de therapeutische relatie. Niet persoonlijk opnemen.



3) Aanpassen aan een veranderd leven

- ▶ Centraal in de revalidatie: vergroten van het vermogen met beperkingen om te gaan, (her)leren van vaardigheden en het zichzelf en zijn omgeving zodanig aanpassen dat men weer optimaal kan functioneren
- ▶ Fase van actie: leren door te doen
- ▶ Doorzettingsvermogen, doelgerichtheid en creativiteit
- ▶ Sommige patiënten hebben ondersteuning nodig om tot actie te komen (te onzeker, ontmoedigd of angstig)
- ▶ Anderen hebben moeite om realistische of voor hen belangrijke doelen te formuleren

Hoe helpen bij taak 3?

- ▶ Help bij het vinden van nieuwe realistische doelstellingen
- ▶ Probleemsituaties systematisch en stapsgewijs aanpakken
- ▶ Streef naar succeservaringen
 - ▶ Systematisch desensitiseren: geleidelijk oppakken van activiteiten die de patiënt als “eng” ervaart
 - ▶ Foutloos leren
- ▶ Doelbewust bekrachtigen: aandacht schenken aan wat wel lukt (evt. in dagboekje laten bijhouden)

Hoe helpen bij taak 3?

- ▶ Uitdagen van catastrofale cognities zoals “Ik kan niets meer” of “Dat zal mij natuurlijk niet lukken”
- ▶ Soms afscheidsritueel
- ▶ Geef tijd om het gebeuren te verwerken. Blijf ruimte maken om de frustraties, teleurstellingen en onzekerheden te incasseren (taak 2)

4) Oppakken van de draad van het leven

- ▶ Hoogste doel van reval: patiënt kan het leven weer als zinvol ervaren, is in staat betekenis te geven aan zijn eigen activiteiten en ervaringen en kan waarde toekennen aan de eigen inspanningen
- ▶ Voor velen is het ervaren van verlies van gezondheid of het besef van beperkingen aanleiding om (opnieuw) na te denken over wat voor hen het leven de moeite waard maakt.
- ▶ Slechtste scenario: verbitterd, verongelijkt of gedemoraliseerd
- ▶ Gelukkig lukt het voor veel patiënten wel om nieuwe betekenis aan hun situatie te geven!!!

Hoe helpen bij taak 4?

- ▶ Hier is de therapeut niet zozeer de deskundige maar meer degenen die open en belangeloos reflecteert, geïnteresseerd is en helpt belangrijke vragen samen te exploreren.
- ▶ Veel overwegingen vragen niet zozeer om een oplossing maar hebben alleen aandacht nodig, zodat de weg naar een nieuw toekomstperspectief wordt vrijgemaakt
- ▶ Het vinden van een bepaalde werkvorm of een zinvolle tijdsbesteding is van groot belang

Rouwtakenmodel van Worden

- ▶ Taken lopen door elkaar en herhalen zich
- ▶ Vermijden is ook belangrijk

C. Duale procesmodel van Stroebe & Schut

- ▶ 1999
- ▶ Dynamischer model
- ▶ Verliesgericht versus herstelgericht
- ▶ Adequate coping (= manier om om te gaan met problemen) bestaat uit het heen en weer bewegen tussen beide processen

Duale procesmodel

- ▶ Het verliesgerichte proces:
 - ▶ De daadwerkelijke confrontatie met het verlies
 - ▶ Emoties
 - ▶ Geen zin hebben om verder te leven (een soort ontkenning van de mogelijkheden voor de toekomst)
 - ▶ Proberen herschrijven van de relatie die je had tegenover wat je verloren hebt

Duale procesmodel

- ▶ Het herstelgerichte proces:
 - ▶ Het aangaan van nieuwe uitdagingen, nastreven van nieuwe doelstellingen, nieuwe activiteiten doen, afgeleid zijn van het rouwen
 - ▶ Ontkenning
 - ▶ Vermijding

Dagelijks leven

Verliesgericht

- *Confrontatie met het verlies*
- *Betekenis en gevoelens*
- *Loslaten-aangaan-herdefiniëren van relaties*
- *Ontkenning/vermijding van herstel*



Herstelgericht

- *Deelnemen aan veranderde wereld*
- *Nieuwe dingen doen*
- *Afleiding van verlies*
- *Ontkenning/vermijding van verdriet*
- *Nieuwe rollen/identiteiten/relaties*

Duale Procesmodel van Omgaan met Verlies (Stroebe en Schut, 1999)

Duale procesmodel

- ▶ Het wisselen tussen het verliesgerichte en herstelgerichte proces wijzigt na verloop van tijd.
- ▶ In de fase van het acute verlies blijft men vaak langer stilstaan bij het verliesgerichte proces om geleidelijk dan ook over te schakelen naar korte herstelgerichte activiteiten.
- ▶ Na verloop van tijd (na de acute fase) blijft men langer bij het herstelgerichte aspect. Het verliesgerichte aspect roept dan vaak minder onbedwingbare emoties op.

Duale procesmodel

- ▶ Model gaat deels in tegen het gebruikelijke idee dat we als mens een bepaalde copingstijl hebben (bv. “vermijdende” of “actief aanpakkende” stijl). Beide processen maken volgens Stroebe en Schut deel uit van een adaptieve copingstijl.
- ▶ Stroebe en Schut vermelden ook dat het belangrijk is om het rouwen te “doseren”, m.a.w. dat het bij momenten goed is voor de rouwende persoon om het rouwen te “vermijden”

6. Tijdsduur?

- ▶ Verwerken is een actief proces, maar het vraagt en verdient tijd.
- ▶ Verwerking kan niet opgejaagd of geforceerd worden.
- ▶ Soms moeilijk met de huidige tijdsgeest dat revalidatie “kort en intensief” moet zijn
- ▶ Ook belangrijke taak voor psychologen in de eerste lijn aangezien revalidatie reeds kan zijn “afgesloten” maar verwerking nog volop bezig.

Stopt het ooit?

- ▶ Verwerken is een proces dat in cirkels kan verlopen en zelden helemaal “klaar” is.
- ▶ Vooral belangrijk dat de patiënt weer kan, wil en durft na te denken over een toekomst. Tijd en energie investeren in activiteiten die hij de moeite waard vindt.
- ▶ Niet meer vechten *tegen* onvermijdelijke frustraties, verdriet of omstandigheden waar hij geen controle over heeft, maar *voor* datgene wat hij zinvol vindt.

Helemaal zoals voorheen wordt het niet meer...

Lijmen / Joke van Leeuwen

Ik had drie beestjes,
drie beestjes van steen.
Een vogeltje,
Een veulentje,
Een varkentje.
Ze zijn gevallen.
Ze braken stuk.
Ik heb ze gelijkmd.
't is bijna gelukt.

Ik heb drie beestjes,
drie beestjes van steen.
Een volentje,
Een veukentje,
Een vargeltje

Joke van Leeuwen
Uit: Ozo heppie en andere versjes
Amsterdam: Querido, 2000

-
- ▶ Leven met beperkingen kan men zich voorstellen als leven met een schaduw:
 - ▶ Altijd bij je
 - ▶ Soms groot, soms klein

Take home messages

- ▶ Lichamelijke en/of mentale beperking -> verlies op meerdere levensterreinen -> verwerkingsproces vergelijkbaar met rouwproces na overlijden.
- ▶ Verliesverwerking: bestaansrecht!
- ▶ Actief aanpassingsproces; universeel, doch zeer verschillend.
- ▶ Modellen kunnen inzicht bieden; doch mogen niet te strikt gehanteerd worden.
- ▶ Hulpverlening moet erop gericht zijn om herhaaldelijk informatie aan te bieden; om geduld en begrip op te brengen en om de angst en het verdriet, de woede of frustratie van de patiënt te hanteren.

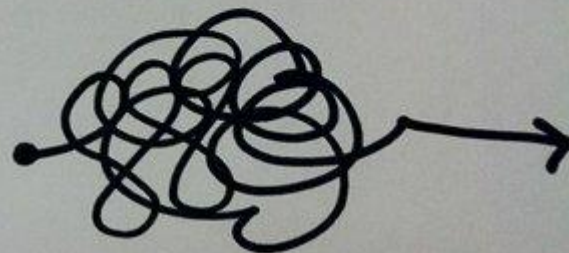
Take home messages

- ▶ Geef de patiënt ruimte om emoties te uiten.
- ▶ Aandachtig luisteren en begrip tonen zijn adequate reacties zonder dat er altijd gerichte acties ondernomen moeten worden.
- ▶ Realistische en oplossingsgerichte houding (en niet zozeer probleemgericht en confronterend).

HOW WE
WANT
GRIEF TO
WORK



HOW GRIEF
ACTUALLY
WORKS



Bronnen en interessante literatuur

- ▶ Keirse M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.
- ▶ Kerckhofs E. & Lafosse C. (2011). *Revalidatiepsychologie. Praktische psychologie voor hulpverleners in de revalidatie*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- ▶ Lambrecht W. & De Schaepmeester C. (2018). *NAH-interventiepakket Kop Op!* Sig vzw.
- ▶ Maes J. & Jansen E. (2017). *Ze zeggen dat het overgaat...* Witsand Uitgevers.

Bronnen en interessante literatuur

- ▶ Maes J. (2016). *Hoe begeleid ik mensen met verlieservaring na een NAH?* Workshop Sig vzw, 3 en 27 mei 2016, Gijzegem.
- ▶ Van Heugten C., Post M., Rasquin S. & Smits P. (2014). *Handboek revalidatiepsychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Zijn er vragen?

