

Dat ik je mis
Oplossingsgerichte Therapie bij Rouw



De Schreeuw-Edvard Munch (1893)

Eindwerkstuk
Opleiding Oplossingsgerichte Cognitieve en Systemische Therapie
Korzybski Instituut

Marja Dobbelaar
November, 2013

Maaïke Ouboter - Dat ik je mis

http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=5Ql8WkbBPNM

Je kust me, je sust me.
Omhelst me, gerust me.
Je vangt me, verlangt me.
Oneindig ontbangt me
Je roept me, je hoort me.
Je redt en verstoort me.
Geloof me, beroof me.
Verstikt en verdoof me.
Je ademt en leeft me.
Siddert en beeft me.
Vertrouwt me, beschouwt me
Als mens en weerhoudt me
Van bozige dromen
Die op komen dagen
De eenzame vragen
Van eindig geluk.

Met je krullen als nacht
Hoe je praat hoe je lacht
Hoe je stem zo dichtbij
Als een engel verzacht
In mijn dromen doorstromen
Oneindige leegte
Je remt me, je temt me
Je roert en beweegt me
Ik mis je, ik mis je
Ik grijp je, ik gris je
Ik wil je, bespeel je
Ik roer en beveel je
Om bij me te blijven
In donkere nachten
Om niet meer te smachten
Naar jou
Laat me los

Oh ik smoor je, bevroor je
Verlos en verloor je
Weg naar een andere plek
Maar ik hoor je
Omarm je, verwarm je
Ik zie en ik voel je
Ik aai je, ik streel je
Ik knuffel en kroel je
Je rijdt me begrijpt me
Verwart en misleidt me
Het schrikt me soms af
Hoeveel ik op je lijk nu
Mijn glimlach mijn tranen
Mijn liefde, mijn beleven
Het spijt me van alles
Kom help en bevrijd me
En laat me los
Ik kan het alleen
Maar houd me vast als het nodig is
In gedachten en ik vind je
In alles om me heen
Maar al denk ik soms
Dat het zo beter is
Kan ik het niet helpen
Dat ik je soms mis

Ik kus je, ik sus je
Ik doof en ik blus je
Je blijft heel dicht bij me
Maar in mijn hoofd rust je

Inhoud	3
Motivatie	4
Titel	5
Inleiding	6
1 Rouw en verliesverwerking	7
1.1 Concept 'rouw' en 'verliesverwerking'	7
1.2 Verschijningsvormen van rouw	8
2 Theorieën over rouw: verschuivingen in beeld	9
2.1 Op herstel gerichte rouwtheorieën	9
2.2 Opkomst van een tegenbeweging	10
2.3 Op veerkracht en aanpassing gerichte rouwtheorieën	12
3 Rouw therapeutische implicaties	15
3.1 Match tussen hulpverlening en rouw vorm	15
3.2 Eigen functioneren van de therapeut	15
3.3 Therapeutische aandachtspunten vanuit nieuwe rouwvisies	15
4 Oplossingsgerichte Therapie (OT)	16
4.1 De geschiedenis van het oplossingsgericht werken	17
4.1.1 Amerika	17
4.1.2 Europa	17
4.1.3 'Kruisbestuiving'	20
4.2 Een andere kijk op hulpverleners: Oplossingen uitwerken versus problemen oplossen	20
4.3 Wat onderscheidt OT van andere therapeutische interventies	21
5. Rouwtherapie.	22
5.1 Huidige behandelstrategieën bij (gecompliceerde) rouw	22
5.2 Toepasbaarheid OT bij rouw	23
5.2.1 Welke studies zijn er bekend ten aanzien van OT als behandelingsstrategie bij (gecompliceerde) rouw?	23
5.2.2 Wat is er bekend over het effect van OT als behandelings- strategie bij (gecompliceerde) rouw?	25
6. Conclusie	26
7. Nawoord	27
Interview Kim Insoo Berg	28
Referenties	29
Bijlage 1	32
Bijlage 2	35

Motivatie

Het overlijden van diverse mensen in zowel mijn nabije omgeving als binnen hospice 'Het Clarahofje' (waar ik vrijwilligerswerk verrichtte) bracht me afgelopen jaar dicht bij de dood. De confrontatie met het stervensproces, het verlies, de reacties op het overlijden, de zoektocht van nabestaanden naar het hervinden van een balans in het leven en het besef dat het leven eindig is, is heftig en tegelijk inspirerend. Diverse malen vroeg ik mij, werkend in het hospice, af hoe het de nabestaanden zou vergaan en wat of wie hen zou helpen om het leven zonder de naaste weer verder vorm te geven. Welke visies van rouw zijn er eigenlijk en welke begeleidingsvormen?

Kübler-Ross' fasen model werd en wordt wereldwijd geaccepteerd en gebruikt bij scholingen van medisch personeel. Ook in hospice 'Het Clarahofje' werd dit model als leidend rouwmodel in de basis cursus besproken. Ik realiseerde me, met het oplossingsgericht gedachtegoed in mijn achterhoofd, dat ik anders naar rouwverwerking wilde kijken (met meer aandacht voor veerkracht en positieve emotie) en besloot mijn eindwerkstuk Korzybski rondom dit onderwerp te organiseren. Het zou een zoektocht worden naar sporen van oplossingsgericht denken en werken in de context van rouw.

De volgende acties heb ik tijdens mijn zoektocht ondernomen:

- Literatuurstudie naar bestaande en vernieuwde modellen van rouw.
- Contacten via sociale media met personen die op dit gebied expertise hebben en me verder konden brengen in mijn zoektocht naar vernieuwend en op sterkte en veerkracht gebaseerde modellen van rouw: o.a. Susan Gray, Paul Morisson, Ann Hoogh, Joel Simon en Robert Neimeyer.
- Nascholing t.a.v. rouwverwerking. Rino-Noord verzorgt een Postacademische cursus over rouw en verliesverwerking bij kinderen. Ik besloot deze cursus te volgen in de verwachting dat dit nieuwe en aanvullende inzichten zou opleveren. De cursus was intensief en interessant. Het rouwproces werd omschreven als een uniek proces welke mede bepaald wordt door:
 - a. Individuele veerkracht/ persoonlijkheidskenmerken
 - b. Soort relatie tot de overledene/soort gehechtheid
 - c. Moment in de levensloop/ontwikkeling
 - d. Doodsoorzaak/manier van sterven
 - e. (rouw) Cultuur

Als uitgangspunt voor het huidige therapeutische werken presenteerden de docenten het Rouwtakenmodel van Worden (1991) en het Duale procesmodel van Stroebe en Schut (1999). Een goede aanvulling op het fasen model van Kübler-Ross. Mijn interesse was gewekt!

De opleiding Oplossingsgerichte Systeem- en Gedragstherapie heeft mijn visie op verlies en verdriet mede richting gegeven. Allereerst door het bewustwordingsproces te verruimen. Het is heel zinvol en nuttig om naast vele levensvragen ook de tijd en ruimte te nemen om na te denken over dood, verlies en rouw. Daarnaast inspireerde de opleiding mij, om naast de gevestigde kaders, op zoek te gaan naar nieuwe inzichten op het gebied van rouw en verlies. Tenslotte is het boeiend om als Oplossingsgericht Therapeut meer zicht te krijgen in de behandelings-(on)mogelijkheden op dit gebied en de al aanwezige expertise.

Zie hier mijn eindwerkstuk voor het Korzybski Instituut; een weergave van mijn zoektocht naar de inzet en bruikbaarheid van de Oplossingsgerichte Cognitieve en Systemische Therapie, kortweg Oplossingsgerichte Therapie (OT), bij rouw.

Marja Dobbelaar, November 2013

Titel

De titel 'Dat ik je mis' is ontleend aan het prachtige lied van Maaïke Ouboter. Zij verloor haar beide ouders en maakte zelf dit ontroerende lied, waarin ze haar verdriet en rouwuitingen met woorden en eenvoudige 'pure' gitaarmuziek weergeeft.

De titel 'Dat ik je mis' is ook een verwijzing naar de leemte, die ik ervaar, als het gaat om kennis, kunde en ervaringen van oplossingsgerichte toepassingen in de setting van rouw, verdriet en dood.

Een onderzoek naar de toepasbaarheid van Oplossingsgerichte Therapie bij Rouw

Inleiding

Vroeg of laat komt iedereen in aanraking met het overlijden van een dierbare; een van de ingrijpendste en verdrietigste gebeurtenissen in een mensenleven. De dood hoort immers bij het leven en komt frequent voor. In Nederland zijn volgens het Centraal Plan Bureau voor de Statistiek (CBS) in de eerste helft van 2013 ruim 74.000 mensen overleden. Ruim 400 per dag. Het aantal overlijdens per jaar in Nederland zal, naar verwachting, de komende decennia door de vergrijzing van de bevolking nog sterk toenemen. Als we aannemen dat elke overledene vier naasten achterlaat, dan impliceert dit dat bijna 300.000 mensen afgelopen halfjaar te maken kregen met de dood van een betekenisvolle naaste. Op jaarbasis is dit ruim 550.000. De aanpassing aan het overlijden van een naaste blijkt tot ernstige problemen te leiden bij 1 op de 5 nabestaanden. In Nederland ondervinden dus jaarlijks meer dan 110.000 mensen grote of langdurige problemen na het overlijden van een naaste.

Lief en leed, vreugde en verdriet, leven en dood. Ze maken onderdeel uit van ons leven. Het begin van het leven, de geboorte, is meestal een vreugdevol en goed voor te bereiden en te begeleiden proces. Daarentegen is het afscheid van het leven, het sterven, voor veel mensen moeilijk bespreekbaar. We willen liever niet nadenken over de eindigheid van het leven, laat staan uitspraken of wensen m.b.t. ons eigen afscheid kenbaar maken. Het omgaan met verlies en verdriet door nabestaanden is een uniek persoonlijk proces en als gevolg hiervan niet eenduidig. Waarom rouwt de één een maand en lijkt het verdriet dan grotendeels achter zich te hebben gelaten, en is een ander jaren en jaren bezig?

Door de tijden heen zijn diverse rouwtheorieën omschreven. Inzichten in menselijke en gedragsmatige processen en visies op rouw zijn continu aan verandering onderhevig. Ze worden onder meer gevoed door vernieuwende inzichten en waarden. Afhankelijk van de visie op rouw zijn passende behandelstrategieën ontwikkeld en toegepast. Hoe 'verhouden' rouwtheorie en rouw-therapie zich op dit moment? Welke zijn de huidige vernieuwende visies op rouw en past een vernieuwende vorm van behandelen, zoals bijvoorbeeld de Oplossingsgerichte Therapie (OT) daar bij?

De oplossingsgerichte aanpak is de laatste jaren in opkomst bij therapeuten en begeleiders binnen diverse contexten, zoals therapie, onderwijs, bemiddeling, coaching, teambuilding en management. Voor diverse problemen lijkt deze aanpak effectief te zijn. In een systematisch review naar de effectiviteit van OT bij diverse type problemen bij kinderen en families (Woods, et al. 2011) blijkt OT met name effectief te zijn bij internaliserende (verlegenheid, angst, depressie, zelfwaardering, zelfbeeld) en externaliserende (oppositieel gedrag, agressie, spijbelen) problemen bij kinderen. Van de 38 onderzoeken is geen enkel onderzoek gerelateerd aan rouw. Een opmerkelijke constatering. De bruikbaarheid en inzet van OT als interventiemethode bij rouw is blijkbaar nog een onontgonnen terrein.

Dit eindwerkstuk is een zoektocht naar 'wat al is' of 'wat zou kunnen werken' bij oplossingsgericht werken met cliënten met een rouwproblematiek.

In Hoofdstuk 1 worden de gebruikte concepten van rouw en verliesverwerking toegelicht. Aanvullend worden de verschijningsvormen van rouw besproken.

In Hoofdstuk 2 worden diverse rouwtheorieën besproken; verschuivingen in beeld.

Hoofdstuk 3 gaat in op de therapeutische implicaties bij een veranderende rouwvisie.

Hoofdstuk 4 geeft een korte toelichting op het ontstaan en de ontwikkeling van het oplossingsgerichte denken en werken.

Hoofdstuk 5 beschrijft de huidige stand van zaken wat betreft OT en rouw; initiatieven en ervaringen.

Hoofdstuk 6 vormt de afronding met conclusies en het interview met Insoo Kim Berg (2003).

1. Rouw en verliesverwerking

1.1 Concept 'rouw' en 'verliesverwerking'

Keirse en Kuyper (2009) omschrijven in de Landelijke Richtlijn Rouw het begrip 'rouw' als 'het geheel van lichamelijke, emotionele, cognitieve, spirituele en gedragsmatige reacties die optreden na het verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond'. Met name de aanwezigheid van een relatie of band met de overledene is van belang. Zonder band (positief of negatief) met de ander is er geen rouw mogelijk. Deze omschrijving wordt met een kleine aanpassing c.q. verruiming in dit werkstuk gehanteerd. Rouwreacties treden in mijn optiek, voor, tijdens en na het verlies op. Rouw als zodanig wordt breder geplaatst. Hoewel rouw ook voor kan komen bij verlies van een zaak of ding, beperk ik me tot rouw bij het overlijden van een dierbare.

Bij rouw kan zich een breed scala van reacties voordoen, zoals uit de landelijke richtlijn (Keirse & Kuyper, 2009) blijkt:

- Lichamelijke reacties: slaapproblemen of juist hyperactiviteit, verminderde eetlust of juist overdreven veel eten, spanningshoofdpijn, energieverlies, afname van het seksuele verlangen of juist een toename van behoefte aan intimiteit en seksualiteit; soms gaat de rouwende dezelfde symptomen ervaren als de naaste die overleden is.
- Emotionele reacties: verdriet, eenzaamheid, angst, schuld- en schaamtegevoelens, agressie, machteloosheid, pessimisme, angstige dromen, maar ook opluchting of tevredenheid over de uiteindelijke gang van zaken rond het levenseinde.
- Cognitieve reacties: concentratieverlies, verminderde zelfwaardering, verwarring en desoriëntatie, ambivalentie, gespannenheid, dwangmatig denken, pre-occupatie met de overledene, hopeloosheid, vragen naar zin, identificatie, idealisering, zelfmoordgedachten.
- Reacties van existentiële aard: verlies van levensperspectief, zinloosheid, existentiële eenzaamheid, aantasting eigen zingevingskaders, verlies van existentiële levensmoed en -lust, existentieel geduide schuld, verminderd of verloren zicht op samenhang eigen levensverhaal, angst voor eigen dood.
- Gedragsmatige reacties: geagiteerdheid, teruggetrokkenheid, zoekgedrag, vermijding van personen of situaties.

In de literatuur wordt naast rouw ook vaak gesproken over verliesverwerking (rouwproces). Terecht wordt door rouwendenden opgemerkt dat verlies niet te verwerken is, maar afval (huisvuil) wel. De term impliceert dat verlieslijden een proces in gang zet, waardoor uiteindelijk het verlies wordt verwerkt. Alsof er nooit meer een (negatieve) emotie in verband met het overlijden van de dierbare mag zijn. Niets is minder waar. Verlieservaringen kunnen in de loop van jaren blijven of zelfs na een periode van afwezigheid sterk terugkeren.

Van den Berg (2009) vervangt de term verliesverwerking door 'rouwdragen'. Dit 'rouwdragen' gebeurt volgens hem in vier kamers (huizen) van het hart; in de vier zingebieden: intimiteit, ontspanning, inspanning en levensbeschouwing. Als er iets gebeurt met een dierbare dan storten een of meerdere kamers in. Heel de mens wordt dan geraakt: lichaam, geest en ziel. De mens belandt dan in een zoektocht waarbij over en weer nieuwe verhoudingen met mensen worden gezocht en gevonden. Dit 'rouwdragen' is meer dan een proces. Naast controleren en aansturen, is er vaak ook sprake van een andere kant: het onbeheersbare, het onverwachte en onvoorziene, het telkens unieke en eigene. Als mens zijn we onze richting kwijt en zijn we in een land aangekomen waarvan geen kaart bestaat. Een terra incognita.

Alhoewel 'rouwdragen' een betere benaming is, wordt in dit werkstuk toch de term 'verliesverwerking' (rouwproces) aangehouden, een veelgebruikte aanduiding in de literatuur.

1.2 Verschijningsvormen van rouw

Het rouwproces bestaat niet. Er bestaat geen universeel proces voor *de* rouwende. Iedere vorm van verliesverwerking is uniek. Keirse (2008) omschrijft het beeld van rouw als een vingerafdruk van verdriet. Geen twee mensen, ook niet binnen hetzelfde gezin, ervaren rouw op eenzelfde wijze. Rouwen kan ook al veel eerder beginnen dan na het sterven van een dierbare. Het kan bijvoorbeeld al direct na het stellen van een fatale diagnose.

We kunnen een indeling maken naar verschijningsvorm:

- **Anticiperende rouw** wordt in de richtlijn Rouw omschreven als een vorm die kan voorkomen als de tijd het toelaat op de dood van een dierbare te anticiperen. Dit kan ervaren worden vanuit het perspectief van de patiënt en het perspectief van diegene die zorg dragen voor hem (familie, vrienden, zorgverleners). De afstemming in perspectiefname is een moeilijk proces.
- **Normale rouw** bestaat niet. Toch wordt deze aanduiding in de literatuur vaak gebruikt. De visie op rouw is aan verandering onderhevig en wordt in een volgende paragraaf verder uitgewerkt. De meeste rouwenden lukt het volgens de richtlijn Rouw om na verloop van tijd het leven weer op te pakken:
 - Men voelt zich weer 'goed' en kan weer genieten van alledaagse dingen.
 - Men kan opnieuw de problemen in het leven aan.
 - Men wordt minder in beslag genomen door het verdriet.
- **Gecomplieerde rouw** is een begrip, dat nog volop in discussie is. Er wordt door diverse klinici (o.a. in Nederland: P. Boelen) een pleidooi gehouden voor de erkenning van gecomplieerde rouw als psychische stoornis. Dit om een duidelijke afbakening met andere stoornissen te maken, zoals depressieve stoornis, aanpassingsstoornis en post-traumatische stress-stoornis. De Keijser, van den Bout en Boelen (1998) onderscheiden zes vormen van gecomplieerde rouw, waarbij niet de duur maar m.n. de intensiteit van de rouwreacties bepalend zijn:
 1. *Ontkende rouw*
Ontkende rouw kan ontstaan als nabestaanden geen mogelijkheid meer hebben gehad om de overledene te kunnen zien, bv. na een verdrinking of onherkenbare verminking bij een auto ongeval. De emoties en gedachten, die met het overlijden van de dierbare te maken hebben, worden sterk onderdrukt.
 2. *Chronische rouw (verlengde rouw)*
Bij chronische rouw blijven intense rouwreacties gedurende langere tijd bestaan, bv reacties als huilen, somberheid en angst worden niet minder in intensiteit.
 3. *Getraumatiseerde rouw*
Kenmerkend voor getraumatiseerde rouw is dat de nabestaande telkens overweldigd wordt door de traumatische herinneringen aan de omstandigheden rond het overlijden, waardoor de rouwende er niet aan toekomt om het verlies te verdragen. De angst en paniek reacties zijn soms zo groot dat het nauwelijks mogelijk is om te rouwen.
 4. *Uitgestelde rouw*
Uitgestelde rouw is a priori altijd pas achteraf vast te stellen. Uitgestelde rouw kenmerkt zich door de (bijna) afwezige reacties in de eerste tijd nadat een dierbare is overleden. Op een later moment (na maanden of zelfs jaren) komen de reacties alsnog.

5. *Gesomatiseerde rouw*

Bij gesomatiseerde rouw blijft een emotionele reactie op een verlies uit. Lichamelijke klachten worden wel geuit, maar blijken na onderzoek geen medische oorzaak te hebben.

6. *Systeem geblokkeerde rouw*

Kenmerkend voor systeem geblokkeerde rouw is dat de individuele rouwproblematiek van een gezinlid overheerst of in stand wordt gehouden door problemen op het niveau van het systeem.

Verscheidene factoren hebben invloed op de ernst van de rouwklachten. In de literatuur worden onder andere genoemd de aard van het overlijden, kenmerken van de nabestaande, omstandigheden in de nasleep van het overlijden (zoals de aanwezigheid van sociale steun) en de aard van de relatie met de overledene (Boelen, De Keijser & Van den Bout, 1998).

2. Theorieën over rouw: verschuivingen in beeld

De wetenschappelijke belangstelling voor dood, afscheid, verdriet en rouw is de laatste decennia toegenomen. Bonanno (2009) spreekt in dit verband over 'the new science of bereavement'.

Naast een sterk veranderende en vergrijzende maatschappij lijkt de tijdsgeest ruimte te creëren voor een andere kijk op dood, afscheid, verdriet en rouw. De mens wil zowel tijdens het leven als bij het naderende levenseinde de regie blijven voeren. In Nederland nam onlangs een zeer oude dame op eigen verzoek, maar met hulp van haar zoon, veel pillen tot zich en beëindigde op deze manier haar voltooide leven. Geen arts wilde haar verzoek inwilligen. Een ethische discussie over de grenzen van toelaatbaarheid was geboren.

Over het rouwproces is veel nagedacht en geschreven. Daar waar vroeger mensen volgens de toen geldende theorieën passief het rouwen moesten ondergaan of doorstaan lijken huidige rouw theorieën meer waarde te hechten aan aspecten als activiteit, veerkracht en positiviteit bij rouw.

Een overzicht van rouwtheorieën geeft de verschuiving weer van veranderende inzichten in de loop der jaren.

2.1 Op herstel gerichte rouwtheorieën

Rouwmodellen hadden aanvankelijk een *lineair* verloop en waren gericht op herstel, na het loslaten van de dierbare. De rouwende moest fasen of taken doorlopen, die echter niet in volgorde vastlagen. Er was sprake van individuele rouwarbeid.

De allereerste rouwmodellen:

- **Freud** (1917) omschrijft als eerste in zijn 'Trauer und Melancholia (Rouw en Melancholie) een normale vorm van rouw (Trauer) en een pathologische vorm van rouw (Melancholie). Volgens Freud moest de nabestaande rouwarbeid verrichten om via het verwerken van het verlies afstand te nemen van de verloren dierbare. Door zich op deze manier te onthechten (loslaten van de relatie) zouden er weer nieuwe relaties mogelijk worden. Mocht dit niet lukken dan zou het verdriet naar binnen slaan en komt het tot melancholie.

Freud was een *psychoanalyticus* en richtte zich met name op het individu met zijn rouwreacties en de impact ervan op zijn innerlijk.

- **Lindemann** (1944) legt ook de focus op het innerlijke emotionele proces en het loslaten van

de relatie als eindpunt van het rouwproces. Hij beschreef als eerste op *systematische wijze de rouwreacties* van een groot aantal nabestaanden. Helaas was zijn steekproef van nabestaanden erg selectief; het betrof met name nabestaanden die een traumatisch verlies hadden meegemaakt (geliefden waren overleden aan een brand, terwijl nabestaanden zelf ook

slachtoffer van de brand waren).

- **Bowlby (1980)** onderzocht in de jaren '60, '70 en '80 het verband tussen hechting, scheidingsangst en rouwgedrag. Hij ziet rouw als een proces dat per individu verschilt maar wel een *universele instinctieve reactie op scheiding* is. Samen met Parkes (1972) ontwikkelde hij het *fasen model*:

<i>Verbijstering, schok en ongeloof:</i>	gevoel van verdoving.
<i>Heftig verlangen en protest:</i>	gevoelens van heftige woede en verdriet.
<i>Desorganisatie en wanhoop:</i>	doordringen van de realiteit dat oude patronen niet langer van toepassing zijn, terwijl er nog geen nieuwe voorhanden zijn.
<i>Herstel:</i>	nieuwe patronen om het leven voort te zetten.

- **Kübler-Ross (1969)** was de eerste die onderzoek verrichtte onder terminale patiënten. Zij beschrijft hoe stervenden (en later ook rouwendenden) een aantal fasen dienen te doorlopen:

<i>Ontkenning:</i>	de patiënt accepteert niet dat hij terminaal ziek is.
<i>Woede:</i>	de patiënt is woedend op het zieke lichaam, of op anderen (ook medici) die blijkbaar hebben gefaald op de een of andere manier.
<i>Marchanderen:</i>	de patiënt probeert met God of een andere macht te onderhandelen over extra tijd.
<i>Depressie:</i>	de patiënt voelt zich klein en verworpen in het naderen van het levenseinde.
<i>Aanvaarding:</i>	de patiënt aanvaardt in deze periode het naderende levenseinde.

- **Worden's Takenmodel (1991)** is gebaseerd op de veronderstelling dat een serie psychologische taken moet worden ondernomen. Worden spreekt niet langer over fasen, maar van rouwtaken waarbij de rouwende een actieve rol speelt in het rouwproces. Hij sluit hierbij aan op de theorie van Freud dat rouwen arbeid vraagt.

De vier rouwtaken zijn:

Accepteren en realiseren dat het verlies echt gebeurd is, dat de wereld nooit meer zo zal zijn als deze was.

Ervaren en uiten van de pijn van het verlies.

Aanpassen aan een leven en een omgeving waarin de overledene niet langer aanwezig is.

De overledene een nieuwe emotionele *plek geven en de draad van het leren weer oppakken*, nieuwe relaties weer aangaan.

Het rouwtakenmodel (Task-Based Model) van Worden spreekt veel hulpverleners aan en is daarom populair. Het model brengt duidelijk onder woorden naar welke eindtoestand uiteindelijk gestreefd moet worden bij een nabestaande.

Juist dit laatste kan ook leiden tot problematisering en verontruste vragen:

Is het wel goed om zich terug te trekken in zichzelf nadat men een dierbare heeft verloren? Zou het niet beter zijn om meer te spreken over gevoelens rondom het verlies? Is het wel verstandig om weer gelijk aan het werk te gaan? Enzovoort.

2.2 Opkomst van een tegenbeweging

Een meer *dynamische* invalshoek vinden we terug bij Klass, Silverman en Nickman (1996) met hun rouwtheorie over de 'Continuing Bonds' en bij Stroebe en Schut (1999) met het Dual Process Model.

Zij maken onderdeel uit van een tegenbeweging die ook kritiek uit op de rouwarbeid-hypothese, welke twee aspecten impliceert:

1. Men moet zich confronteren met het verlies en er zich in ieder geval mee bezighouden. Wetenschappelijk kan echter niet aangetoond worden dat het 'doorwerken van verlies' geassocieerd is met betere verliesverwerking. Van den Bout (1986) en Schut (1992) tonen dit aan in hun onderzoek. Uit de eerste studie blijkt dat het zich bezighouden met verlies wordt geassocieerd met minder welbevinden. Bij de tweede studie wordt er geen relatie gevonden tussen het uiten van emoties en welbevinden.
2. De band met de overledene moet doorgesneden worden; pas dan kan de nabestaande nieuwe banden aangaan. Dit is een misvatting. De band met de overledene blijft eerder bestaan, dan dat deze wordt doorgesneden. Het karakter van de band zal mogelijk wel veranderen.

Welke nieuwe aspecten brengen deze onderzoekers naar voren?

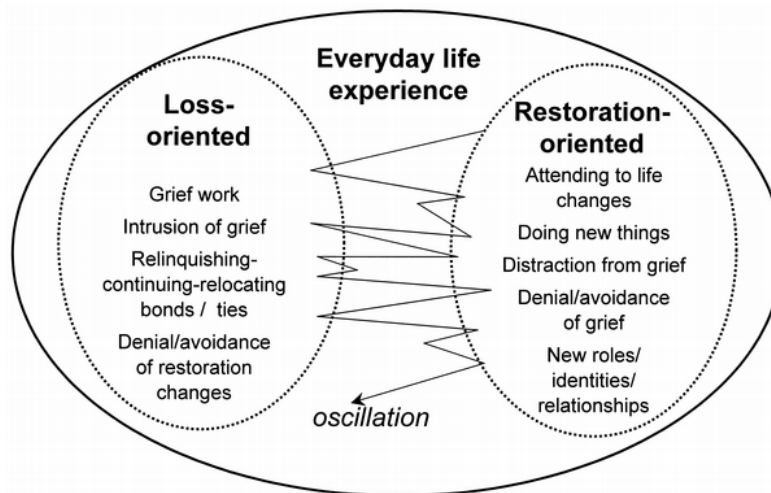
- **Klass, Silverman en Nickman** (1996) bieden een alternatieve visie in de theorie over de 'Continuing Bonds'. Zij beargumenteren met deze theorie, dat de banden met een overledene niet perse verbroken hoeven te worden. Juist het behouden van een band kan een nuttige rol spelen bij het rouwproces. Het achterliggende idee is dat de dood wel het einde is van een leven, maar geen einde hoeft te zijn van een relatie. De overledene kan zowel in het verleden als in het heden in enigerlei blijven bestaan. De ontwikkeling van deze relatie is bewust, *dynamisch* en aan verandering onderhevig.
- **Stroebe en Schut** (1999) presenteren hun Dual Process Model, ook wel Oscillation Model genoemd. Zij beschrijven het rouwproces als een proces van oscillatie; een afwisseling tussen twee functionerende coping systemen (figuur 1). Zij maken daarbij onderscheid tussen primaire stressoren en secundaire stressoren volgend op een verlies. Primaire stressoren hebben te maken met het verlies van de persoon zelf (bv. gevoelens rond het gemis, herinneringen, verschillen in het leven voor en na het overlijden). Secundaire stressoren hebben te maken met het veranderde leven op diverse niveaus (bv. een nieuwe identiteit creëren, nieuwe rollen en verantwoordelijkheden aangaan, nieuwe verhoudingen, veranderingen op werk etc). De rouwende richt zich in afwisseling op deze twee types stressoren; tussen 'gericht zijn op verlies' (verlies oriëntatie) enerzijds en 'een gerichtheid op herstel' (herstel oriëntatie) anderzijds.

Verlies oriëntatie is het omgaan met de realiteit van het verlies. De rouwende gaat de confrontatie aan: er bewust mee bezig zijn, erover praten, het erkennen van het verlies.

Herstel oriëntatie is omgaan met de realiteit van het leven dat verder gaat, door vermindering van het verlies: zichzelf opnieuw leren kennen, actief investeren in werk en sociaal leven, het leven verderzetten.

Elke rouwende zal dit oscillatieproces op een eigen manier vormgeven.

Belangrijk is wel dat beide type stressoren in het rouwproces aanwezig zijn en elkaar voldoende afwisselen. Indien men te veel in een van beide polen vast blijft zitten wordt het rouwen wel problematisch.



Figuur 1 : Dual Process model (Stroebe, M. & Schut H., 1999)

Desondanks blijven veel rouwbegeleidingen en rouw therapeutische activiteiten uitgaan van de veronderstelling dat de kern van problematische rouw gelegen is in het onvoldoende doorwerkt hebben van het verlies (Van den Bout, Boelen, de Keijser, 1998).

De laatste jaren maakt het denken over verlies en rouw een sterke ontwikkeling door. Neimeyer (2002) spreekt in dit verband over een 'paradigmashift'.

2.3 Op veerkracht en aanpassing gerichte rouwtheorieën

De ontwikkeling van een postmoderne, constructivistische rouwtheorie (Neimeyer, 2000, 2002, 2005, 2006) deed zijn intrede. Deze theorie benadrukt het belang van betekenisverlening en betekenisconstructie. Door het verlies van een geliefde wordt de continuïteit van het levensverhaal en de samenhang tussen het verleden en de toekomst verstoord.

- **Neimeyer** (2011) stelt dat de betekenis die wij geven aan ons eigen levensverhaal door het overlijden van een dierbare verandert. Hij beschrijft het proces van betekenisgeving ('*meaningmaking*') als het resultaat van 'self-narrative': "*an overarching cognitive-affective-behavioral structure that organizes the 'micro-narratives' of everyday life into a 'macro-narrative' that consolidates our self-understanding, establishes our characteristic range of emotions and goals, and guides our performances on the stage of the social world*". (p.333). Door een heftige gebeurtenis, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, wordt dit 'self-narrative' als door een aardbeving getroffen. De zoektocht naar het opnieuw betekenis geven verloopt via diverse kanalen; een praktische (Hoe is mijn geliefde overleden?), een relationele (Wie ben ik, zonder mijn echtgenoot?) en spirituele of existentiële (Waarom heeft God dit laten gebeuren?). Uit onderzoek (Currier, Holland & Neimeyer, 2007) blijkt dat vooral nabestaanden met gecompliceerde rouw geen nieuwe betekenis aan hun leven kunnen geven. Therapeutisch gezien pleit Neimeyer voor een veilige en ondersteunende relatie waarbij er goed en intens geluisterd wordt naar de rouwende. Aspecten die volgens Neimeyer onderdeel zouden moeten uitmaken van een therapeutische behandeling zijn: Psycho-educatie over verlies, het bevorderen van het vertellen van het eigen verhaal door de rouwende, het exploreren van spirituele en existentiële behoeften, het uiten van emoties en gebruik maken van bestaande krachten en hulpbronnen, het toepassen van diverse therapeutische technieken om cliënten te helpen opnieuw betekenis te geven aan hun veranderde levensverhaal en wereldbeeld.

- **Hooghe** (2007) stelt dat er nog veelal vanuit een individuele invalshoek gekeken wordt naar verlies en rouw. Zij opteert voor een meer systeemgerichte aanpak, met meer aandacht voor de vele vormen van rouw. Rouw is niet iets wat je alleen hebt, het speelt zich ook af tussen mensen. Hooghe (2008) omschrijft dit als volgt: *'Men rouwt niet in een vacuüm maar in een netwerk van verbindingen, in een gezin, een ruimere familie, een samenleving en een cultuur. De individuele rouw wordt mede gevormd door de context en heeft ook een effect op de familie.'* (p.1)
- Diverse onderzoekers brengen het nut van positieve gevoelens bij rouw naar voren:

Bonanno (2009) omschrijft in zijn boek "The other side of Sadness" de mogelijkheden en veerkracht van mensen om met het verlies van een dierbare om te gaan. Hij omschrijft veerkracht als *'de mogelijkheid om relatief evenwichtige en gezonde niveaus van psychologisch en lichamelijk functioneren te blijven behouden na de blootstelling aan het verlies van een geliefde'*. Hij stelt dat hierbij de mogelijkheden en veerkracht van mensen, die met een heftige gebeurtenis om moeten leren gaan, jarenlang is ontkend en onderschat. Ook kan het rouwproces positieve gevoelens met zich meebrengen zoals opluchting en blijdschap.

Frederickson (2001) benadrukt ook de kracht van positieve emoties bij veranderingsprocessen. Zij toonde aan dat positieve emoties of belevingen niet alleen op zichzelf al prettig zijn, maar ook kunnen helpen om iemand dichterbij zijn doel te brengen. Positieve emoties zijn dus niet alleen een indicatie van goed functioneren, maar dragen ook bij aan goed functioneren. Frederickson werkte haar visie uit in de 'Broaden and Build Theory of Positive Emotions'. Verbreden (*'to broaden'*) is een verwijzing naar het feit dat mensen die positieve emoties ervaren, openstaan voor een breder spectrum van cognities en voor een breder handelingsrepertoire. Op deze manier ontstaan er ook meer mogelijkheden om de positieve beleving uit te bouwen (*'to build'*). Vaak zijn positieve emoties kortdurend. Via het mechanisme van verbreden en uitbouwen kan er een spiraaleffect tot stand komen waardoor er ook op langere termijn positieve gevolgen ontstaan; 'escalatie'.

Itzhaky en Lipschitz (2004) beschrijven in hun onderzoek het belang van hoop als *"an active process of recruiting strength and finding solutions"* (p.50).

Uit de onderzoeksresultaten van **Nolen-Hoeksema** (2000) naar de copingmechanismen van rouwenden, blijkt dat het vinden van een positieve dimensie na het verlies tot andere copingstijlen leidt. Bannink concludeert dat het dus als therapeut goed is om, naast het geven van erkenning en vragen naar coping te stellen, na enige tijd te vragen welke positieve dingen iemand heeft bemerkt. Denk daarbij aan: Ik ben blij met de steun van mijn kinderen.....
- **Tedeschi en Calhoun** (2004) hebben aandacht voor mogelijkheden tot groei volgend op verlies. Nabestaanden geven aan dat na verloop van tijd de strijd met het verlies hen ook verder heeft geholpen in het leven; meer waardering voor het leven, een groei in persoonlijke sterkte, het zien van nieuwe mogelijkheden voor het eigen leven en soms een spirituele groei.
- **Andreas, S. en Andreas, C.** (1989, 2002) ontdekten in hun onderzoek dat rouwenden 'succesvol' om kunnen gaan met hun verlies door mentale aanwezigheid van overleden geliefden te creëren. Zij onderhielden op deze wijze contact met hun geliefden. Een relatie op puur mentaal niveau. Steve en Connirae moedigden nabestaanden aan om juist positieve emotionele connecties te maken en te behouden met hun overleden dierbare. Zij gebruiken de term 'Grief Resolution Process'. Hedtke (2010) sluit in haar proefschrift hierbij aan en onderzocht een manier om de herinnering aan dierbaren levend te houden: 'Remembering Our Loved Ones'. Een voortzetting van een mentale relatie i.p.v. het stopzetten ervan, ondanks fysiek gemis.

Samenvattend treffen we bij deze nieuwe visies op rouw de volgende aspecten aan:

Pluriformiteit in rouwreacties:

De nieuwe visies op rouw benadrukken meer de grote verscheidenheid in normale en unieke rouwreacties. Ieder individu, gezin en familie evenals iedere gemeenschap en icultuur geeft andere betekenissen aan verlies en gaat op een eigen manier om met verlies (Bonanno & Kaltman, 2001; Hooghe, 2007, 2008).

Aanpassing aan het verlies:

In deze nieuwe visie spreekt men niet meer over 'verwerking' of een 'aanvaarding' van het verlies, maar eerder over een 'aanpassing' aan het verlies. Dat binnen deze aanpassing het voor de rouwende helpende kan zijn om een symbolische band met de overledene te behouden blijkt uit het model van Klass, Silverman en Nickman. De wisselende gerichtheid tussen het verlies en het verdere leven kenmerken volgens Stroebe en Schut (1999) het rouwproces.

Betekenisverlening en betekenisreconstructie bij verlies:

Bij recentere visies op rouw wordt vermijding van het verlies niet als een negatief soort verdringing gezien, integendeel het is positief om het verdriet te doseren en maakt het makkelijker om opnieuw de draad van het leven op te nemen. De betekenis die een rouwende geeft aan vermijding kan dus ook nuttig zijn. Hooghe (2008) stelt dat betekenissen het product zijn van onze interacties met anderen, de maatschappij, cultuur en tijdsgeest waarin we leven. Enerzijds worden basisassumpties als zelfbeeld en wereldbeeld stuk geslagen door een verlies. Er is een verstoring van de continuïteit van het levensverhaal en de samenhang tussen het verleden en de toekomst. Anderzijds construeren ook families betekenissen na het verlies van een familielid.

Aandacht voor competentie en veerkracht bij rouwenden:

Bonanno (2009) pleit voor een andere kijk op de rouwende. Een nabestaande heeft naast veel verdriet ook eigen competenties om zijn leven weer op te pakken. De mogelijkheden en veerkracht van mensen zijn ten onrechte jarenlang ontkend en onderschat.

Aandacht voor 'family resilience' benadering

Hooghe (2008) pleit voor een uitbreiding naar een 'family resilience' benadering, waarbij naast aandacht voor de eigen competenties ook veerkrachtige elementen in het familiesysteem worden aangewend.

Aandacht voor mogelijkheden tot groei volgend op verlies:

Neimeyer (2005) en Wortman (2004) concluderen uit onderzoek dat rouwenden en families in rouw na verloop van tijd vertellen dat de strijd met het verlies hen ook verder heeft geholpen in het leven. Zij ervaren groei op diverse vlakken; meer waardering voor het leven, grotere persoonlijke sterkte, het zien van nieuwe mogelijkheden voor het eigen leven, intensere relaties of een groei binnen een spirituele ontwikkeling.

Aandacht voor mentale relatie met de overledene.

Relaties die fysiek eindigen, door het overlijden van een dierbare, kunnen op mentaal niveau voortgezet worden. Het "levend" houden van de dierbare door de nabestaande kan het opnieuw oppakken van het leven bespoedigen.

Aandacht voor het belang van positieve emoties en hoop bij rouw

Bij rouwenden zijn negatieve emoties overwegend aanwezig. Momenten van positieve emoties worden snel als niet passend ervaren. Juist deze pareltjes van momenten mogen er zijn. Ze zijn meer dan nuttig. Positieve emoties liggen mede aan de basis van veerkracht en hoop (Frederickson, 2001; Itzhaky & Lipschitz, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000).

De invloed van de positieve psychologie (Seligman en Csikszentmihalyi, 2000), die de krachten en het gevoel van welbevinden van mensen en groepen onderzoekt, is duidelijk terug te vinden in de recente visies op rouw.

Een en ander vraagt om een vertaalslag naar de praktijk.

3. Rouw therapeutische implicaties

Wanneer is er behoefte aan rouwtherapie? Welke cliënten komen daarvoor in aanmerking? Waarop moet je als therapeut vooral letten als het cliënten betreft? Hoe blijf je als therapeut goed functioneren bij rouw therapeutische interventies? Vraagt een nieuw rouwparadigma andere vaardigheden van de therapeut?

3.1 Match tussen hulpverlening en rouw vorm

Uit onderzoek blijkt dat professionele rouwhulpverlening niet helpend en mogelijk zelfs schadelijk is voor mensen met 'normale' vormen van rouw.

Naast te lichte hulp voor zware problemen bestaat ook het risico van te zware hulp voor lichte problemen. De Keijser (1997a) constateert uit een overzicht van effectstudies, dat de match tussen de vorm van hulp en de mate waarin de rouw gecompliceerd is, van belang zijn voor het effect van de hulp. Professionele rouwinterventies zijn alleen geïndiceerd bij individuen, gezinnen en families waarbij er sprake is van 'gecompliceerde rouw' (Jordan & Neimeyer, 2003; Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001).

Een lastige vraag dringt zich dan al snel op; Wanneer verloopt een rouwproces 'gecompliceerd' en is rouwbegeleiding nodig? Volgens de Keijser, Van den Bout en Boelen (1998), zijn duidelijke diagnostische criteria nodig. Zij pleiten voor een 'rouwstoornis' in de DSM 5. Om gecompliceerde rouw vast te kunnen stellen ontwikkelden zij de Vragenlijst Rouw (zie bijlage A).

In het wetenschappelijke veld zijn voor – en tegenstanders te vinden inzake het opstellen van criteria voor een 'rouwstoornis'.

3.2 Eigen functioneren van de rouwtherapeut

Bij het ondersteunen van rouwendenden komt de therapeut, onafhankelijk van welke rouwtheorie dan ook, in aanraking met veel zaken, die ieder mens tot 'tranen toe zouden bewegen'. Op welke manier kan de therapeut een balans vinden in het professioneel uitvoeren van zijn vak en het beschermen van de grenzen vanuit menselijk oogpunt. Maes (2007) stelt dat de rouwtherapeut in de eerste plaats op het '*Zijn-been*' staat, d.w.z. het been van presentie en compassie. Door present te zijn in empathie en nabijheid zal een rouwende zijn verhaal kunnen vertellen en de ruimte durven nemen om op zoek te gaan naar een betekenisverlening en reconstructie van zijn leven. Het '*Doe-been*' staat voor het been van de interventie en competentie van de rouwtherapeut., die zich met interventies en gesprekstechnieken richt op het proces van de rouwende. Le Fevere de Ten Hove (2007) zou zeggen: 'niet weten' qua inhoud ('*Zijn-been*') en 'wel weten' qua procedure ('*Doe-been*'). Morrison (2007) benadrukt het belang van zelfbewustzijn voor de rouwtherapeut; Probeer zicht te krijgen op de eigen sterktes, zwaktes, wensen, intenties, waarden enz. Niet alleen om je grenzen te bewaken, maar om ook een niet-veroordelende houding aan te kunnen blijven nemen. t.o.v. cliënten. Keirse (1998) adviseert om feedback van anderen te zoeken en te aanvaarden, om emoties met anderen te delen, om te zoeken naar bijscholing voor situaties, die moeilijk te hanteren zijn, en om de balans te zoeken naar kwalitatief goede zorg voor de ander en zichzelf.

3.3 Therapeutische aandachtspunten vanuit nieuwe rouwvisies

An Hooghe (2008) formuleert in haar studie een aantal therapeutische aandachtspunten voortkomend

uit de nieuwere visies op rouw:

- **Wat verstaan we onder 'gecompliceerde rouw' ?**
Wat is 'gecompliceerd', voor wie is dat en in welke context is iets gecompliceerd? Zijn daar diagnostische criteria voor nodig? Hooghe (2008) stelt dat 'gecompliceerd' en 'normaal' geen absolute concepten zijn maar eerder extremen van een dimensie. Volgens haar zou de richtlijn kunnen zijn '...om samen met de rouwenden zelf te zoeken naar de zorgen omtrent het eigen rouwproces en de specifieke behoeften die men zelf voelt.' Zij hecht meer waarde aan het normaliseren en contextualiseren van de verscheidenheid aan betekenissen en rouwreacties voor de rouwenden, met aandacht voor de levensfase van ieder en voor vorige verlieservaringen.
- **Aandacht voor verscheidenheid in betekenissen, in rouwreacties.**
Hooghe pleit ervoor dat (systeem) therapeuten ruimte bieden voor de verschillende verhalen, voor ieders ervaring met het verlies, in de eigen context. De therapeut zou dan model staan in het respectvol omgaan met het eigene en 'anders' –zijn, m.a.w. aandacht voor tolerantie voor verschil. Juist verschillen in families zijn een vorm van lijden. Wat willen en kunnen ze wel samen delen? Wie kunnen hierbij als steunfiguur dienen?
- **Rouwen is meer dan emoties.**
Voor professionele rouwtherapeuten is het belangrijk om zowel aandacht te hebben voor de primaire als secundaire verliezen. Naast het omgaan met het verlies van een persoon is ook het kunnen omgaan met alle veranderingen die dit verlies met zich meebrengt wenselijk. De therapeut zal zich zowel op het emotionele niveau moeten richten als ook op de praktische moeilijkheden bij de aanpassing aan het veranderde leven.
- **De rouwenden verbinden met het eigen netwerk**
De vraag naar individuele psychotherapeutische begeleiding komt soms voor in de hoop een vorm van steun te vinden. Dit kan een mogelijke valkuil zijn voor de therapeut. De rol van luisteren naar de rouwende, zodat deze zich gehoord en erkend voelt in zijn gevoelens kan ook vervuld worden door mensen in het eigen, blijvende netwerk. Een goede therapeutische relatie mag andere natuurlijke relaties niet (nog) meer op een afstand brengen. Een rouwtherapeut dient slechts een tijdelijke steunbron voor rouwenden te zijn. Een oplossing voor dit dilemma zou kunnen bestaan om samen met de rouwende het eigen netwerk te verkennen naar mogelijkheden en beperkingen van steunfiguren. Voor de gesprekken kan de therapeut ook steunfiguren uitnodigen uit de eigen omgeving van de rouwende. De positie van de therapeut wordt dan anders en natuurlijke steunsystemen worden op deze manier opgebouwd. Volgens Hooghe moeten eerste interventies gericht worden op het ondersteunen en mogelijk aansterken van de eigen mogelijkheden binnen het natuurlijk netwerk.

De huidige visies op rouw vragen om een passend therapeutisch concept, waarin aandacht is voor bovengenoemde aspecten. Het Oplossingsgerichte Cognitief en Systeemgerichte Therapeutische model ofwel kort aangeduid Oplossingsgerichte Therapie (OT) lijkt hier goed bij aan te sluiten en verdient een nadere toelichting. Waar staat het OT-model voor en wat wil zij bewerkstelligen?

4. Oplossingsgerichte Therapie (OT)

OT is een therapeutisch model dat wereldwijd en in toenemende mate aandacht en populariteit krijgt. In plaats van zich te concentreren op tekorten van cliënten, zullen OT-therapeuten hen zien als vindingrijke en competente individuen. Individuen met vooral positieve intenties in plaats van negatieve. De perceptie van de cliënt is een waardevolle hulpbron bij het realiseren van de gewenste verandering. Hoe is OT ontstaan?

4.1 De geschiedenis van het oplossingsgericht werken

De oplossingsgerichte benadering ofwel 'de pragmatiek van hoop en respect' werd oorspronkelijk ontwikkeld om tegenwicht te bieden tegen de traditionele psychotherapeutische vooroordelen over mensen en hun levensproblemen en de oplossing ervan.

4.1.1 Amerika

De wieg van OT stond in Milwaukee, Wisconsin (US) bij het BFTC (Brief Family Therapy Center). Een team, waarvan de leden afkomstig waren uit diverse academische disciplines (van geneeskunde, psychologie tot linguïstiek en techniek), spande zich de afgelopen 40 jaar in en met name door het volhardende werken van Steve de Shazer en Insoo Kim Berg kwam het OT model tot ontplooiing. Zij ontwikkelden procedures door *inductief* te werken; door individuele gesprekken te observeren en aandacht te schenken aan wat bruikbaar was.

In 1982 kwam Shazer voor het eerst op het idee dat er geen noodzakelijk verband hoeft te zijn tussen het probleem en de oplossing. Het gezin waarmee hij op dat moment werkte bleek niet in staat te zijn om tot werkbaar doelen te komen naar aanleiding van de vraag 'Wat brengt je hier?'. De Shazer en zijn collega's moedigden de gezinsleden aan om hun aandacht op iets anders te richten dan hun problemen. Zij vroegen hen aandacht te geven aan 'wat er gebeurt in jullie leven dat je wilt dat dat blijft gebeuren'. Na twee weken meldde het gezin zich weer aan bij Steven en collega's met het goede nieuws dat het aardig met hen ging en veel problemen waren opgelost. Volgens de assumpties van de probleemoplossingsgerichte benadering zou het gezin niet zo goed verbeterd kunnen zijn. De hulpverleners waren nog niet in staat geweest om de problemen te analyseren en een interventie aan te bieden. Vanaf dat moment bleek een oplossingsgerichte aanpak bruikbaar.

In 1986 lanceerde Shazer zijn model aanvankelijk als een 'complete beschrijving voor therapie'.

Enkele belangrijke stellingen volgens De Shazer en Berg zijn:

"De klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen". Het analyseren van problemen is niet nodig om tot oplossingen te komen.

"De patiënt is de expert van zijn therapie". De patiënt bepaalt het doel en de weg er naar toe.

"Wat niet stuk is, moet je niet maken". Blijf af van datgene wat volgens de beleving van de patiënt goed gaat.

"Als iets werkt, ga er mee door". Ook al is het buiten de verwachting om van de therapeut.

"Als iets niet werkt, doe dan iets anders". Meer van hetzelfde leidt niet tot het gewenste resultaat.

De Shazer en Berg (1997) omschrijven vier duidelijke karakteristieke elementen die aanwezig dienen te zijn bij oplossingsgericht werkende therapeuten.

1. Ergens in het eerste gesprek zal de therapeut de Wondervraag stellen
2. In het eerste gesprek zal minstens een keer de schaalvraag van 0-10 of 1-10 worden gesteld.
3. De therapeut zal tijdens het gesprek een pauze inlassen.
4. Na deze pauze zal de therapeut zijn cliënt complimenten geven en (vaak) een suggestie of opdracht geven (experiment).

Later bleek dat ook dit model aan verandering onderhevig zou komen te staan.... *Our goal is not to offer the final, definitive and only credible story about solution-focused therapy.* (Miller & De Shazer, 1998: 368).

4.1.2 Europa (het Brugse model)

In Europa werd het 'Brugse model' in deze zelfde periode uitgewerkt, voortkomend uit negatieve ervaringen met de klassieke therapieën, waaronder de psychoanalyse. Het waren met name Luc Isebaert en zijn medegroundleggers van de theorie van de gewoontes, Myriam Le Fevere de Ten Hove,

Marie-Christine Cabié en Erwin Debisscop, die deze metamethode ontwikkelden. Het leidmotief voor hen was en is nog steeds om op zoek te gaan naar 'wat werkt in therapie'. Wat is er essentieel in het therapeutische proces? Het gedachtegoed werd verder ontwikkeld binnen 'The Bruges group'. Deze benaming werd toegekend bij de presentatie van het Model tijdens het congres 'Therapeutic conversations' te Denver (Colorado).

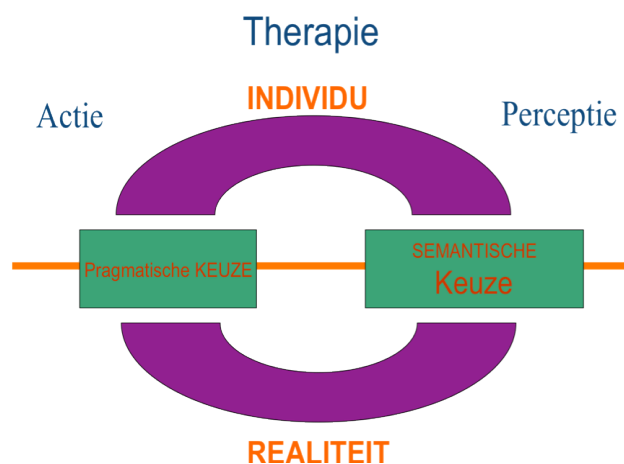
Het 'Brugse model' is bedoeld als handleiding voor therapeuten in het proces om de cliënt te helpen zijn eigen hulpbronnen te ontdekken en te gebruiken bij het oplossen van problemen. Milton Erickson is door de grondleggers van het 'Brugs model' mede als inspiratiebron gebruikt. Erickson (1973) zette zich af tegen elke vorm van theoretisering en benadrukte dat elke persoon uniek is. Het interesseerde hem niet wat de oorzaken waren van de problemen en beschouwde symptomen eerder als bekwaamheden en nuttige overlevingsstrategieën in plaats van uitdrukkingen van een of andere pathologie. Hij zette juist deze symptomen voor therapeutische doeleinden in ('utilisatie').

De belangrijkste uitgangspunten van het Brugse model zijn (Le Fevere de Ten Hove, 2007):

1. Het mandaat gegeven door de cliënt dient boven alles te worden gerespecteerd.
2. De cliënt heeft zelfhelende capaciteiten
3. Het kunnen maken van keuzes is een maat van gezond psychisch functioneren.
4. De oorzaak van een probleem heeft (vaak) niets te maken met de oplossing.

Problemen ontstaan als mensen vastzitten in patronen van denken en doen, waarbij ze leed ervaren. Ze hebben het gevoel geen keuzes meer te hebben of te kunnen maken. De betekenisverlening (semantische keuze) die ze aan hun realiteit geven is voor hen de enige en juiste. Ze raken geblokkeerd in een gedrag of een gedachte. Een 'hoge brug' oprijden is een angstige ervaring voor iemand met hoogtevrees-klachten en leidt ertoe dat de verbindingsweg vermeden wordt. De betekenisverlening van de cliënt aan het concept 'hoge brug', brengt een realiteit te weeg nl. angst.

Deze betekenisverlening is weer basis voor de pragmatische keuze of handelingsbeslissing; de cliënt zal een andere weg kiezen. Er is geen andere keuze voor de cliënt denkbaar. Zodra de cliënt alternatieven voor de betekenisverlening van 'de hoge brug' kan geven, zullen zijn handelingsbeslissingen zich uitbreiden; hij kan een keuze maken voor een betekenis die beter is. Isebaert (2007) omschrijft het proces van keuzevrijheid in het Brugse model. Hij gaat uit van een samenhang tussen de waarneming van de realiteit, het toekennen van betekenissen en het nemen van handelingsbeslissingen (figuur 1).



Figuur 2 : Samenhang tussen de waarneming (perceptie) van de realiteit, de betekenisverlening(semantische keuze) en de beslissing die aan de handeling (actie) vooraf gaat (pragmatische keuze).(Isebaert, L. (2007)).

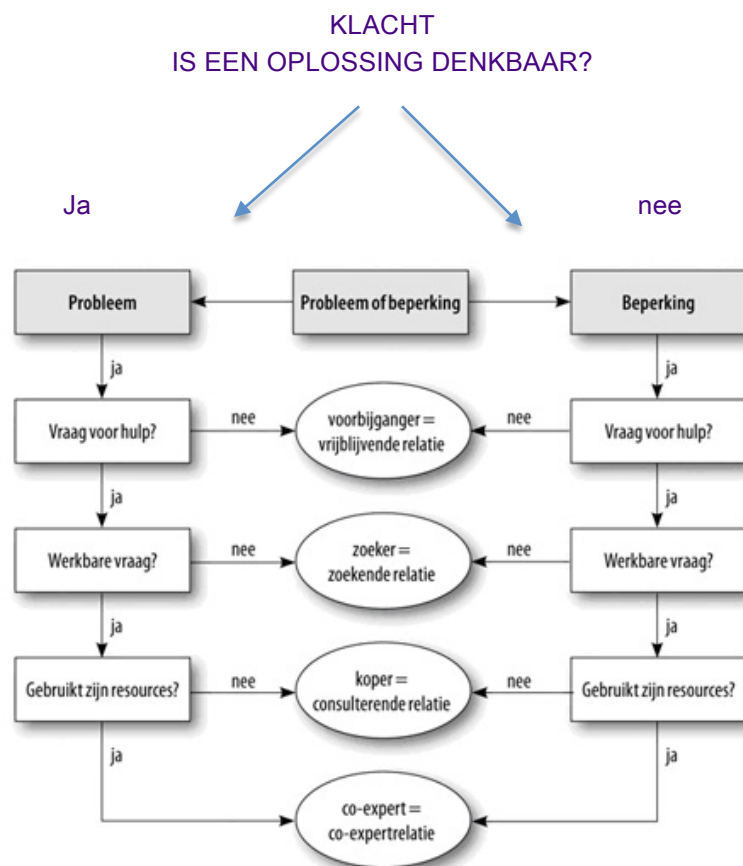
De taak van de therapeut omvat volgens het Brugse model (Isebaert, 2007, p. 18) van de keuzevrijheid:

- Het creëren van de context waarin de cliënt in therapie geïnteresseerd raakt;
- Het verkennen van de mogelijkheden van de semantische en pragmatische keuze;
- Het verkennen van de context waarin de cliënt eerder of vaker een alternatieve betekenisverlening heeft gehanteerd, dat wil zeggen een andere semantische keuze heeft gemaakt en een daaruit volgend andere handelingsbeslissing heeft genomen;
- Het aldus herstellen, respectievelijk (opnieuw) ontwikkelen of uitbreiden van de keuzevrijheid.

Om dit keuzeproces te ondersteunen is een samenwerkingsrelatie met de cliënt van belang; Waar wil de cliënt naar toe? Kan de therapeut de cliënt helpen in het formuleren van een werkbaar doel? Daartoe is het vinden van een goede samenwerkingsformule van groot belang. De cliënt geeft daarmee mandaat en schenkt vertrouwen. Beiden zijn nodig zodat de cliënt zijn eigen therapie kan vormgeven en zijn doelen kan bereiken. Le Fevere de Ten Hove (2007) spreekt hier over een circulair mandaat; een complementariteit tussen de therapeut als 'expert in therapeutische materie' en de cliënt als 'expert van zijn therapie'.

'Joinen' is een belangrijke vaardigheid voor het verwerven van een mandaat. Ook door een houding van actief luisteren, herformuleren, acceptatie van de wijze waarop het probleem wordt geformuleerd en aanpassing aan ritme, houding en taal, zullen cliënten zich gewaardeerd en gerespecteerd voelen. Daarbij zal een therapeutische houding van 'niet weten' qua inhoud en 'wel weten' qua procedure de samenwerkingsrelatie bevorderen.

Le Fevere de Ten Hove (2007) biedt het volgende interventieschema (figuur 2) aan als richtsnoer voor de therapeut. Afhankelijk van de werkrelatie zal de therapeut de samenwerking vorm proberen te geven.



Figuur 3: Brugs interventieschema van de therapeutische relatie (Le Fevere de Ten Hove: 2007, pag.29)

In dit interventieschema model wordt een proces, een therapeutische procedure beschreven. De inhoud wordt door de cliënt bepaald. De manier waarop de therapeut de vragen stelt brengt de cliënt ertoe om een switch te maken van probleemgerichte naar oplossingsgerichte observaties.

Le Fevere de Ten Hove (2007) vat de kern van het model krachtig samen in haar slotwoord:

“Hoe kunnen we aan onze cliënt (en zijn systeem) de mogelijkheid teruggeven om te kiezen, zodat hij ontsnapt aan het keurslijf van de symptomen en terug keuze heeft tussen verschillende wegen.”

en

“Deze benadering van ‘therapie’ zou je emancipatorisch kunnen noemen: een emancipatie van de cliënt, die niet beschouwd wordt als de falende die het niet weet, doch als een deskundige die het nog niet weet. Een deskundige die even een technicus inhuurt om zijn eigen arsenaal nuttiger te kunnen gebruiken.”

4.1.3 ‘Kruisbestuiving’

Het gelijktijdig ontstaan van het Amerikaanse en Brugse model kreeg nog een extra impuls door de (toevallige) ontmoeting van Steve de Shazer met Luc Isebaert tijdens een studiedag in Parijs. Er ontstond een ‘kruisbestuiving’ die is blijven doorgaan tot het overlijden van Steve en Insoo. Zo nam de Brugse groep het idee over van de Flowchart van Steve en maakte er een meer gebruiksvriendelijker exemplaar van dan de Amerikaanse versie. De Amerikanen namen het idee van het belang van ‘keuzes’ kunnen maken weer over van de Brugse groep.

Beide modellen bieden een andere kijk op hulpverleners aan en stellen dat het belangrijkste werkinstrument van een therapeut de therapeutische relatie is met de cliënt. Het streven is om een vorm van samenwerking tot stand te brengen waarin de cliënt expert kan worden van zijn eigen therapie.

4.2 Een andere kijk op hulpverleners: Oplossingen uitwerken versus problemen oplossen

Volgens De Jong en Berg (2001) bestaat er een fundamenteel verschil tussen denken en handelen gericht op het uitwerken van oplossingen, en het denken en handelen gericht op het oplossen van problemen. Zij benadrukken dat de structuur van het probleem oplossen - eerst de aard van het probleem vaststellen en dan interveniëren - de inhoud van de interactie tussen hulpverleners en cliënten ook beïnvloed. Deze richt zich namelijk als gevolg van de probleemanalyse ook op problemen. Cliënten stellen zich kwetsbaar op en zijn bij de behandeling geneigd zich afhankelijk te maken van de expertise en kunde van de hulpverlener, die het beste met hen voor heeft.

De missie van hulpverleners is juist om hun cliënten sterker te maken en te komen tot een productiever en bevredigender leven. Als hulpverleners de aandacht richten op probleemcategorieën of ziekte-indelingen, kunnen cliënten ontmoedigd raken. Ze zouden zich kunnen gaan zien als slachtoffer van een ziekte of stoornis.

Vanuit enerzijds dit sterkteperspectief, anderzijds de wens om binnen het referentiekader van de cliënt te werken is de oplossingsgerichte gespreksbenadering een goed alternatief.

“De meest zinvolle manier om te beslissen welke deur geopend kan worden om bij een oplossing te komen is door een beschrijving te krijgen van wat de cliënt anders zal gaan doen en/of wat voor soort dingen er zullen gebeuren die ander zijn als het probleem is opgelost, om zodoende een verwachting te creëren van een gunstige verandering. (De Shazer, 1985, p.46).”

Een overzicht van de fundamentele verschillen tussen probleemgerichte benadering en oplossingsgerichte gespreksvoering (Bannink, 2006):

Probleemgerichte gespreksvoering

Focus op gevoelens/emoties
Fouten zoeken is belangrijk
Visie van cliënt deugt niet
Wiens fout is het?
Motivatie wordt betwijfeld
Professional geeft advies
Professional is expert
Verleden is belangrijk
Professional confronteert

Professional overtuigt de cliënt
Er zijn grote veranderingen nodig
Hulpbronnen moeten worden aangeleerd
Het probleem is er altijd
Theoriebepaald gesprek
Inzicht of begrip is voorwaarde

Theoretisch inzicht van de professional

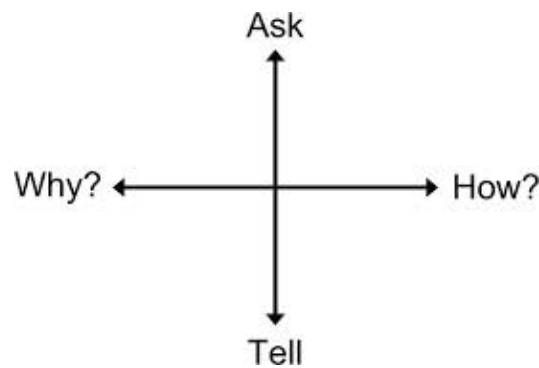
Oplossingsgerichte gespreksvoering

Focus op zien (betekenis) en doen
Oplossingen ontwerpen is belangrijk
Visie van cliënt wordt gevalideerd
Wat vindt de cliënt dat er gebeuren moet?
Motivatie wordt gezocht en gebruikt
Professional stelt vragen
Professional heeft houding van 'niet-weten'
Toekomst is belangrijk
Professional accepteert de visie van de cliënt en vraagt hoogstens: 'Op welke manier helpt dat?'
Professional laat zich door de cliënt overtuigen
Een kleine verandering is voldoende
Benodigde hulpbronnen zijn al aanwezig
Het probleem is er nooit altijd
Cliëntbepaald gesprek
Inzicht of begrip komt tijdens of na de verandering
Betekenisverandering voor de cliënt, die tot ander gedrag leidt

4.3 Wat onderscheidt OT van andere therapeutische interventies

De Solution Focussed Brief Therapy Association (SFBTA) omschrijft in haar *Treatment Manual for Working with Individuals* (SFBTA, 2013) drie unieke en onderscheidende aspecten in het therapeutische proces:

1. Andere therapeutische benaderingen focussen zich met name op het innerlijke proces van de cliënt. OT legt expliciet de nadruk op het gezamenlijke proces van doelen construeren die passend zijn bij de cliënt. De therapeutische dialoog en de samenwerkingsrelatie tussen therapeut en cliënt zijn daarbij belangrijke werkinstrumenten.
2. De dialoog is het meest essentiële stukje van het therapeutisch proces en is ook observeerbaar. Technieken als het vragen naar uitzonderingen, de wondervraag etc. zijn bruikbaar om te achterhalen wat wel of niet werkt in de therapie.
3. De basis voor OT ligt in het empirisch gebruik van taal in de dialogvorm. Psycholinguïstisch onderzoek ligt aan de basis van haar fundament; *listen, select en build* (de Shazer, 1991). Grant (2012) vergeleek in dit verband de impact van zowel probleemgerichte als oplossingsgerichte vragen. Hij maakte hierbij gebruik van de "Ask-Tell Matrix" (zie figuur 3) om zijn vragen te positioneren. Onafhankelijk van de therapeutische richting onderzocht hij 225 psychologie studenten. Uit zijn onderzoek blijkt dat beide soort vragen het effect verhogen in het bereiken van een gesteld doel, echter oplossingsgerichte vragen hebben meer effect hierbij dan probleemgerichte vragen. Oplossingsgerichte vragen zijn effectiever op gevoelens van eigenwaarde en actie planning dan probleemgerichte vragen.



Figuur 4 : Ask-Tell Matrix (Whitmore, 1992), waarbij het rechter bovenkwadrant de oplossingsgerichte Asking-How-to vragen bevat en het linker bovenkwadrant de probleemgerichte vragen Asking-Why .

“ It is through this continuing process of listening, selecting, and building on the cliënt’s language that therapists and cliënt together co-construct new meanings and new possibilities for solutions” (Solution Focused Therapy:Treatment Manual for Working with Individuals, 2013.).

Samenvattend kunnen we stellen dat OT een passend therapeutisch concept biedt, bij de recente visies op rouw.

5 Rouwtherapie

Al met al lijken er genoeg redenen te zijn om te verkennen in hoeverre OT het handelingsrepertoire bij rouwproblematiek al verrijkt of in de toekomst zou kunnen verrijken. Laten we eerst de huidige interventies nader bekijken.

5.1 Huidige behandelstrategieën bij (gecompliceerde) rouw

Keijser, Van den Bout en Boelen (1998) bespreken een aantal effectieve behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw. Het gemeenschappelijke doel van alle psychotherapeutische benaderingen van gecompliceerde rouw is volgens hen het aanpakken van vermijdingreacties. Deze kunnen betrekking hebben op:

- Vermijding van de realiteit van het overlijden
- Vermijding van gevoelens
- Vermijding van bepaalde situaties of voorwerpen
- Vermijding van praten over het geleden verlies

De rouwende vertoont bij gecompliceerde rouw een onder reactie of een overreactie.

Boelen benadrukt het belang om eerst aandacht te besteden aan ‘ het verhaal’ van de cliënt met betrekking tot het verlies om 5 redenen:

1. de therapeut krijgt op deze manier meer zicht op de problematische emoties van de cliënt.
2. de therapeut krijgt zicht op de factoren die mogelijk ten grondslag liggen aan de vermijdingsreacties, zoals angst voor controleverlies.
3. De therapeut krijgt zicht op disfunctionele cognities die een rol spelen in de problematiek.
4. De therapeut kan beter starten met een non-directieve interventie. Het meteen confronteren van de cliënt met pijnlijke stimuli kan de kans op vermijding vergroten.
5. Het verbetert de therapeutische relatie.

Pas na aandacht te hebben besteed aan ‘ het verhaal’ is het starten van cognitieve therapie al of niet in combinatie met exposure-elementen wat Boelen, Van den Bout, en Keijser (1998) betreft, de juiste

behandeling bij gecompliceerde rouw. Keijser, Boelen en Van den Bout (1998) maken daarbij aanvullend gebruik van andere interventiemethoden zoals schrijfp opdrachten, therapeutische rituelen en imaginatie. Indien nodig, bij complicaties, is medicatie geïndiceerd (Hendriks & Hoogduin, 1998). Keijser, van Bout en Boelen gaan uitdrukkelijk uit van het medische model. Zij werken met vermijdingsdoelen; daar waar je last van hebt en vanaf wilt. Juist het werken aan toenaderingsdoelen lijkt een andere, niet genoemde optie, in deze problematiek. Een toepassing die gebruikt wordt vanuit het oplossingsgericht denken en werken.

5.2 Toepasbaarheid OT bij rouw

Inmiddels hebben velen met het OT model geëxperimenteerd en blijkt de effectiviteit van OT binnen diverse contexten (Franklin, Trepper, Gingerich, & Mc Collum, 2012; Gingerich & Peterson, in press.); geestelijke gezondheid, onderwijs, management, zorg en welzijn, maatschappelijk werk, sport etc. Voor een volledig overzicht van effectstudies verwijzen we naar de Solution Focused Therapy, Treatment Manual for Working with Individuals, second Version (2013) van de Solution Focused Brief Therapy Association (SFBTA). Opvallend is het ontbreken van gegevens en onderzoeken t.a.v. rouwtherapie.

Inmiddels pleiten diverse onderzoekers (waaronder: Neimeyer, Bonanno en Hooghe) voor een andere visie op het rouwproces, waarbij meer aandacht is voor zowel meaning making processen, veerkracht, als de impact van positieve emoties bij rouwenden. Het rouwparadigma blijft in beweging, de tijdsgeest volgend. Een veranderende visie op rouw vraagt mogelijk een veranderde visie op hulpverlening. Kan OT hierin een waardevolle rol (gaan) spelen?

5.2.1 Welke studies zijn er bekend ten aanzien van OT als behandelingsstrategie bij (gecompliceerde) rouw?

Gray et al. (2000; 2008) onderzocht het gebruik van OT in groepsbijeenkomsten van rouwenden binnen de context van een plattelandsgemeente. De typerende interventies van OT worden ook in deze setting toegepast; van joining, houding van niet-weten, mirakelvraag, vinden van uitzonderingen, stellen van coping vragen, stellen van schaalvragen en het geven van complimenten. Volgens Gray is OT bijzonder goed toepasbaar bij groepstherapie voor rouwenden. Daarbij maakt zij geen onderscheid naar rouw vorm. Uitgangspunt is de persoonlijke unieke definitie van het probleem en de ruimte voor constructie van ieders individuele werkelijkheid gebaseerd op de eigen perceptie op mogelijkheden en gereflecteerd in het persoonlijk vertelde verhaal. Alle groepsleden beïnvloeden de richting en uitkomsten van het groepsproces. Het aanboren van hulpbronnen en bruikbare coping mechanismen worden door de groepsleden vormgegeven.

De Castor en Guterman (2008) onderzochten de bruikbaarheid van de OT binnen de context van families die om leren gaan met de zelfmoord van een van haar leden.

Om twee redenen zijn Castor en Guterman overtuigd van de waarde van OT in deze situatie:

1. De op kracht gebaseerde benadering van OT past bij families die om moeten gaan met de zelfmoord van een van haar leden, omdat uit onderzoek blijkt dat dergelijke families over een natuurlijke veerkracht beschikken (Davis & Nolen-Hoeksema, 2001).
2. OT heeft een coöperatieve insteek. Dit past goed bij familietherapie in zijn algemeenheid en speciaal bij familieleden die een eigen uniek rouwproces doormaken.

Castor en Guterman beschrijven 3 casussen waarbij familieleden 3-4 sessies werken met gebruik making van de OT. Zij benadrukken allereerst dat het van belang is om bij en naast de cliënt te blijven 'staan' in zijn hoedanigheid, zolang als nodig is.; go on but very slowly. Zij bevestigen hiermee de uitkomsten uit eerder onderzoek van Butler en Powers (1996: 242):

"When the issue is grief, it is especially important to move at the cliënt's pace. Obviously, the

reinforcing behaviours often associated with solution-focused therapy- smiles, exclamations, and gestures- need to be toned down for the grieving client. Any tendency for the therapist to be ahead of the client, or to minimize pain, will shut down the process and possibly result in the client dropping out...prematurely."

Daarnaast dient de therapeut zijn taalgebruik aan te passen aan de situatie en is het juist belangrijk om 'coping' vragen te stellen, te vragen hoe het cliënten lukt om erger te voorkomen en na te vragen hoe het cliënten lukt om hun leven alweer op te kunnen pakken dag na dag. Zij adviseren om veel aandacht te besteden aan de 'kijk op de wereld' van de rouwende, ook in spiritueel opzicht. Veel wordt gevraagd van de therapeut bij het subtiel verleggen van de aandacht op wat is, naar wat zou kunnen zijn.....

Tenslotte blijkt OT ook geschikt bij een meer specifieke doelgroep als families die om willen gaan met de zelfmoord van een van de leden, waarbij het navragen van mogelijke aanwezige hulpbronnen een grote rol speelt evenals het benadrukken van de veerkracht van familieleden.

De Castor en Guterman sluiten zich aan bij de waarschuwing van Piercy et al. (2000) gericht aan sommige therapeuten die de technieken binnen de OT lijken te minimaliseren waardoor het risico bestaat dat aanwezige pijnlijke gevoelens worden genegeerd:

" Solution-focused clinicians need to know how to acknowledge, join with, and respond to client emotions as well as thoughts and actions...We believe it can be helpful to reframe emotions as strengths. But not alle emotions should be talked away in therapy. Some times it is best simply to be with clients in their despair, grief, or depression".

Simon (2010) heeft zijn bevindingen over OT en rouw in de context van hospices beschreven in zijn boek "Solution Focused Practice in end-of life & Grief Counseling". Korman schrijft in het voorwoord van dit boek:

.."it is much more than that. It's a book about hope and growth in the face of death and loss.....Perhaps most important, it is a book about all the different ways that people deal with loss and bereavement – no way being the right or wrong way- and how solution focused brief therapy can be helping in making sense of the experience that people go through when facing death of accompanying a family member or friend who is facing death".

Simon onderschrijft in zijn onderzoek het belang van taal en het proces van co-constructing. Ieder woord dat gesproken wordt verkrijgt een betekenis in de context zelf en heeft daarom geen vaststaande betekenis. Onze kijk op de wereld, onze werkelijkheid verandert continu.

" There is yet another view, which is usually labeled post- structuralism, that suggests, simply, that language is reality " (Berg & De Shazer, 1993, p.7).

Praten over pijn, maakt de pijn reëler. Praten over problemen creëert problemen (Heisenberg, 1932). Het was Heisenberg die in zijn 'onzekerheidsprincipe' stelt: 'De observator beïnvloedt het geobserveerde, m.a.w. hetgeen waar op gefocust wordt, neemt in belangrijkheid toe.

Hoe beter je uitzonderingen, hulpbronnen en gewenste toekomstdoelen beschrijft, hoe reëler deze worden (Berg & De Shazer, 1993). De gereedschapskist van de OT therapeut bevat veel interventies met vragen, die hij in kan zetten om de cliënt te helpen zijn aanwezige kader te ontmantelen en een passender frame te co- construeren.

Tijdens de SFBTA Conferentie in Toronto, Canada 2007, presenteert Simon zijn ervaringen in een workshop.

We kunnen concluderen dat onderzoek naar OT bij rouw mondjesmaat wordt uitgevoerd. Uit de hierboven vermelde studies blijkt wel de toepasbaarheid van OT bij rouw bij diverse doelgroepen (individuele cliënten, families, supportgroepen) en vormen van rouw.

5.2.2 Wat is er bekend over het effect van OT als behandelingsstrategie bij (gecompliceerde) rouw?

Uit literatuurstudie naar OT bij rouw blijkt de afwezigheid van effect studies. Wel lijken de ervaringen en resultaten uit de eerder omschreven onderzoeken positief te zijn, maar de opzet en uitvoering ervan zijn wetenschappelijk gezien onvoldoende, om er uitspraken en conclusies aan te kunnen verbinden.

Conclusie

Nieuwe visies op rouw brengen een verschuiving teweeg in de wijze waarop men ' kijkt' naar de rouwende. De rouwende wordt niet meer gezien als LIJDEND voorwerp maar MEEWERKEND en MEEDENKEND voorwerp binnen de context waarin hij/zij zich begeeft of wil gaan begeven. De rouwende is ervaringskundige en betekenisverlener in zijn/haar eigen Levensverhaal. De therapeut is ervaringskundige in het helpen reconstrueren van de betekenis van het leven na een verlies binnen een veranderd persoonlijk, contextueel en spiritueel systeem van de rouwende. De nieuwe visies op rouw worden sterk beïnvloed door de positieve psychologie (Frederickson, 2001) en het sociaal constructivisme (Neimeyer, 2000). De inzet van hieraan gerelateerde therapeutische behandelstrategieën is vermoedelijk een kwestie van tijd. Het oplossingsgerichte denken en werken biedt veel mogelijkheden om de brug te vormen tussen de nieuwe visies op rouw en behandeling. Onderzoek naar oplossingsgericht werken met cliënten met een rouwproblematiek is nog weinig uitgevoerd. Effectstudies naar OT bij rouw zijn in onze studie niet gevonden. Er zijn wel indicaties voor een positief effect van OT bij rouw (Gray, 2000; Gray, 2008; Simon, 2010; Andreas, S. & Andreas, C., 1989, 2002.).

Onderzoekdesigns die de effectiviteit van rouwbehandelingen aantonen zijn zowel statistisch als klinisch relevant. Bij het bepalen van de effectiviteit van een rouwbehandeling is niet alleen de vooruitgang op een meetinstrument van belang, maar ook de vooruitgang zoals de cliënt deze ervaart. Dit vraagt om een creatieve oplossing omdat protocollering bij het oplossingsgerichte werken ondenkbaar is, gezien het gegeven *als iets niet werkt, doe iets anders* en de *cliënt is expert*. De behandelaar en professional zal meer uitdaging vinden naar de zoektocht naar wat er voor deze specifieke cliënt in deze specifieke situatie *wel werkt*. De cliënt is bij het oplossingsgericht werken ' ontwerper' van de behandeling.

Zorgvuldigheid in het aangaan en onderhouden van een therapeutische relatie bij cliënten met rouwproblematiek is evident. "One step behind", is in deze context zelfs nog te snel. Mogelijk dat eerst "Several Steps next to them" een respectvollere optie kan zijn, afhankelijk van de hulpbronnen, waar de cliënt gebruik van kan en wil maken.

Toekomstig onderzoek naar oplossingsgericht werken met rouwendenden zal zich moeten richten op zowel het therapie-proces, als op de therapie-uitkomst. Op deze manier kan er inzicht verkregen worden naar aspecten, die voor therapeutische verandering zorgen bij rouwendenden.

Terugkomend op de vraag in hoeverre OT het handelingsrepertoire bij rouwproblematiek al verrijkt of in de toekomst zou kunnen verrijken, kunnen we het volgende concluderen:

- OT als therapeutische interventie bij rouw lijkt een waardevolle verrijking te zijn.
- OT wordt nog nauwelijks toegepast bij rouwproblematiek. Vermoedelijk is de context van rouw niet voordehand liggend. De benaming Oplossingsgericht werkt in dit opzicht ook niet mee.
- De recente rouw theorieën lijken professionals, werken in de context van rouw, nog onvoldoende te hebben bereikt. Daarmee is er onvoldoende draagvlak om OT bij rouw in te zetten.

OT bij rouw: "keep it slow".

Nawoord

“Ik realiseerde me, met het oplossingsgericht gedachtegoed in mijn achterhoofd, dat ik anders naar rouwverwerking wilde kijken (met meer aandacht voor veerkracht en positieve emotie) en besloot mijn eindwerkstuk Korzybski rondom dit onderwerp te organiseren”.

Marja

Dat was, nu ik erop terug kijk, een goed idee. Het onderwerp OT bij rouw staat nog in de kinderschoenen en als zodanig de moeite waard om eens nader onder de loep te nemen. In dit eindwerkstuk heb ik geprobeerd om te achterhalen of er “toekomst” zou kunnen zijn voor het oplossingsgerichte denken en werken in de context van huidige rouwvisies. Persoonlijk ben ik ervan overtuigd, dat dit zeker het geval is. De benaming ‘Oplossingsgericht’ is in de setting van rouwverwerking een misleidende. Er is geen verlies van een nabestaande op te lossen. Een andere benaming ligt ook niet zomaar voor het oprapen. Het gaat uiteraard om het gedachtegoed. Dit eindwerkstuk heeft me veel gebracht; nieuwe inzichten, stof tot nadenken, discussies, inspiratie, begrip en respect voor hen die dit proces hebben doorgemaakt of er nog midden in zitten.

De hoeveelheid literatuur over rouw was vele malen meer, dan ik voor mogelijk had gehouden. Uren heb ik me erin verdiept. Het ene artikel was nog interessanter dan het andere! Uiteindelijk heb ik mezelf ertoe moeten zetten, om het onderwerp af te bakenen. Het verder overdenken en uitwerken van verdere concrete stappen richting Oplossingsgerichte Rouwtherapie is een mooi doel voor in de toekomst. Wie weet.....de eerste stap is gezet!

Met het afronden van dit eindwerkstuk komt er ook een einde aan 4 jaar heen en weer rijden van Goes/Brasschaat naar Brugge. Aanvankelijk zag ik er tegen op om steeds in een hotel te overnachten, maar de stad Brugge heeft me veel leuke restaurantjes en prachtige plekjes opgeleverd.

Tenslotte wil ik de docenten van het Korzybski Instituut bedanken voor hun inspirerende inbreng en bijdrage in de afgelopen 4 jaren. Het oplossingsgerichte denken en werken heeft mij persoonlijk gevormd en zal mij ook in de toekomst blijven inspireren.

Dat ik U ook ga missen.....

Interview met Insoo Kim Berg, 2003

Living and Dying with Meaning

- VY:** I heard that you're 68 years old, although, I would never have...
- IB:** Don't say that! (laughs)
- VY:** One would never know it by your energy and enthusiasm!
- IB:** Yes, I am.
- VY:** So what do you think you know about life and about therapy that you didn't know 20 years ago? Or 30 years ago?
- IB:** Oh, a lot. There are good things about getting old. You are much more comfortable with yourself.
Take me or leave me, I'm an old hag. What do you expect? I'm old. Take it or leave it. I feel more comfortable with myself than when I was younger.
Take me or leave me, I'm an old hag. What do you expect? I'm old. Take it or leave it.
I feel more comfortable with myself than when I was younger. That's very nice. I figure if you don't like me, well, that's too bad, I'll somehow go on, and you will go on.
That's kind of a comfortable feeling. I think you get a different perspective about life, too.
You become much more aware of your body; it's not what it used to be. I get tired easier.
I used to be a very energetic person. I still am, but used to be even more so.
I'm one of these very high-energy people; I'm just made that way.
But I can tell I need to slow down a little bit more than I used to.
You think about end of life more.
- VY:** What kind of thoughts do you have about that?
- IB:** How do I want to die? As if I have any control over that.
I don't have any control over that, unless I decide to commit suicide.
That's the only control I could possibly have. But I don't think I would do that. I don't have any control.
So I'm still trying to accept that, that I don't have control over how I die.
So I'm still trying to accept that, that I don't have control over how I die.
- VY:** You learned the trick with the white rats!
- IB:** I suppose I could use that! I may do that, because it worked!
But you think about what is the meaning of life in a very different way when you get older.
- VY:** For example?
- IB:** What am I living for? What is the purpose of living on? What do I want to do with the time I have left?
That kind of stuff. I'd like to be able to... I don't know whether I'll have the opportunity or not... to say on my deathbed (this picture of one dying, surrounded by friends and family...who knows?
It may never happen that way). I'd like to be able to say I had a good life. And what's the definition of a good life?
I made some difference. That's it. If I could just say that.
I've made some difference because I've been here in this world.
Life is a little bit better and I contributed to that. I think that would be a good life.

Referenties

- Andreas, C. & Andreas, S. (1989). *Heart of the Minds*. Moab, UT Real People Press.
- Andreas, C. & Andreas, S. (2002). Resolving Grief. DVD.
- Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte vragen*. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Harcourt.
- Berg, I.K. (2003). *Living and Dying with Meaning*. Interview met Insoo Kim Berg. www.psychotherapy.net.
- Berg, I.K. & Dolan, Y. (2002). *De praktijk van oplossingen* - Gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Berg, I.K., & De Shazer, S. (1993). Making numbers talk. Language in Therapy. In S. Friedman (Ed.), *The new language of change: Constructive collaborations in psychotherapy* (pp. 5-24). New York: Guilford Press.
- Boelen, P.A., Keijser, J. de & Van den Bout, J. (1998). Factoren die het ontstaan en beloop van gecompliceerde rouw beïnvloeden. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*(pp. 43-58). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J. & Keijser, J. de (1998). Cognitieve therapie en exposure bij gecompliceerde rouw. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 70-94). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705–734.
- Bonanno, G.A. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. Vol. 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.
- Butler, W.R. & Powers, K.V. (1996). Solution-focused grief therapy, in S. Miller, M. Hubble & B. Duncan (eds). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Currier, J.M., Holland, J.M., & Neimeyer, R.A. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 253-259.
- Davis, C.G., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44, 726-741.
- De Castro, S. & Guterman, J. (2008). Solution-focused therapy for families coping with suicide, *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (1), 93-106.
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S. & Berg, I.K. (1997). What works? Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy, *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.
- Erickson, M.H. In Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Ericksons (1st edn)*. New York: Norton.
- Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J., & McCollum, E. E. (Eds.). (2012). *Solution focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden- and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), The standard edition of the complete works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 152–170). London: Hogarth Press.
- Grant, A. (2012). Making positive change: a randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies*, 31 (2), 21-35.

- Gray, S., Zide, M. & Wilker, H. (2000). Using the solution-focused brief therapy model with bereavement groups in rural communities: resiliency at its best, *Hospice Journal*, 15 (3), 13-30.
- Gray, S., & Wilker, H. (2008). Another look at bereavement groups in rural communities: Using solution-focused brief therapy to foster resiliency. *Grief Matters*, 11, 88-96.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (in press). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research in Social Work Practice*.
- Hedtke, L. (2010). *Folding memories in conversation: Remembering practices in bereavement groups*. Dissertatie. Universiteit Tilburg.
- Heisenberg, (1932). Nobelprijswinnaar voor *The creation of quantum mechanics*.
- Hendriks, G.J., & Hoogduin, C.A.L., (1998). Medicamenteuze behandeling bij rouw. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 114-119). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hooghe, A. (2007). Rouw vanuit gezinstherapeutische benadering [Grief from a family therapy approach]. In Maes J. *Leven met gemis*. Zorg-saam. (p. 178 – 193).
- Hooghe, A. (2008). Systemen onder druk: rouw en verlies [Families under pressure: grief and loss]. *Handboek systeemtherapie* (p. 569 – 578). De Tijdstroom.
- Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek. Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Itzhaky, H. & Lipschitz, R. (2004). Hope as a strategy in supervising social workers of terminally ill patients, *Health and Social Work*, 29 (1), 46-54.
- Jong, P. de & Berg, I.K. (2001), *De kracht van oplossingen - Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765–786.
- Keijser, J. de (1997a). *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Keijser, J. de, Boelen, P.A. & Van den Bout, J. (1998). Schrijfopdrachten, therapeutische rituelen, systeeminterventies, creatieve therapie en andere interventies. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 95-113). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijser, J. de, Boelen, P.A., & Van den Bout, J. (1998). Vragenlijst Rouw. In: J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (p.153-156). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijser, J. de, Van den Bout, J. & Boelen, P.A. (1998). Gecompliceerde rouw: klinisch beeld, classificatie en diagnostiek. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 26-42). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keirse, E. (1998). *Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tielt: Lannoo.
- Keirse, E., (2008). *Vingerafdruk van verdriet. Woorden van bemoediging*. Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Keirse, E., & Kuyper, M.B. (2009). *Richtlijn Rouw*. Versie 2. VIKC, Vereniging van Integrale Kankercentra. (www.oncoline.nl).
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Springer.
- Le Fevere de Ten Hove, M. (2007). *Korte Therapie. Handleiding bij het 'Brugs Model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Lindemann, E. (1944) 'The symptomatology and management of acute grief'. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maes, J. (2007) *Leven met gemis. Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie*. Wijgmaal-Leuven, Zorg-Saam.
- Miller, G., & De Shazer, S. (1998). Have you heard the latest about? Solution-focused therapy as a rumor, *Family Process*, 37 (3), 363-377.

- Morrison, P., (2007). Facilitating family, friends and community transitions through the experience of loss. In: M. McAllister (ed) *Solution Focussed Nursing: Rethinking Practice*. Palgrave, Macmillan, Basingstoke, pp.163-172.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2005). Re-storying loss: Fostering growth in the posttraumatic narrative. In L. Calhoun and R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Neimeyer, R. A. (2006). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In D. Carr, R. M. Nesse, & C. B. Wortman (Eds.), *Late life widowhood in the United States* (pp. 227–252). New York: Springer.
- Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing meaning in bereavement. In W. Watson & D. Kissane (Eds.), *Handbook of psychotherapies in cancer care*. New York: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). Growth and resilience among bereaved peoples. In: J.E. Gillham (Ed). *The Science of Optimism & Hope. Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (p. 107-127). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies on grief in adult life*. New York: International Press.
- Piercy, F.P., Lipchik, E., & Kiser, D. (2000). Miller and De Shazer's article on "Emotions in solution-focused therapy." *Family Process*, 39, 25-28.
- Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S.J., Wortman, C., Neimeyer, R.A., Bonanno, G., Block, S.D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B.T., Johnson, J.G., First, M.B., & Maciejewski, P.K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8): e1000121.
- Schut, H. (1992). *Omgaan met de dood van de partner. Effecten op gezondheid. Effecten van rouwbegeleiding*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Schut, H., Stroebe, M, van den Bout J., & Terheggen M. (2001). The efficacy of bereavement *Handbook of Bereavement Research: consequences, coping and care*. Washington: APA, 2001, 705-737.
- Simon, J. (2010). *Solution focused practice in end-of-life and grief counseling*. New York: Springer.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology-An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Solution Focused Brief Therapie Association. *Treatment Manual for Working with Individuals (2013)* www.sfbta.org.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Van den Berg, M. (2009). *Rouwen in de tijd*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have.
- Van den Bout, J. (1986). *Verliesgebeurtenissen in attributie-theoretisch perspectief*. Delft: Eburon.
- Van den Bout, J., Boelen, P.A. & Keijser, J. de (1998). Rouw. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 1-16). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Whitmore, J. (1992). *Coaching for performance*. London: Nicholas Brealey.
- Woods, K., Bond, C., Humphrey, N, Symes, W. & Green, L. (2011). *Systematic Review of Solution Focused Brief Therapy (SFBT) with Children and Families*. London: Department for Education.
- Worden, J.W. (1991). *Grief Counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner* (2nd ed.). New York: Springer.
- Wortman, C.B. (2004). Posttraumatic growth: progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 81-80

Bijlage 1

Vragenlijst Rouw

© J. de Keijser, J. van den Bout, P. Boelen (1998)

De volgende vragen gaan over uw reactie op het verlies van een voor u dierbaar persoon. Wilt u het antwoord aankruisen dat het beste weergeeft hoe u zich de afgelopen maand over het algemeen heeft gevoeld?

		nooit	zelden	soms	vaak	altijd
1	Dat hij/zij overleden is, voel ik als een persoonlijke ramp of verwoestende ervaring.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ik denk zoveel aan hem/haar dat het moeilijk voor me is om de dingen te doen die ik normaal doe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Herinneringen aan hem/haar maken me van streek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ik kan zijn/haar dood niet aanvaarden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ik voel een zeer sterk verlangen naar hem/haar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ik voel me naar plaatsen en dingen toegetrokken die verband houden met hem/haar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ik kan er niets aan doen, maar ik ben boos over zijn/haar dood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ik kan nauwelijks geloven dat hij/zij overleden is.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ik voel me verbijsterd of verdoofd over zijn/haar dood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Sinds hij/zij overleden is, vind ik het moeilijk om mensen te vertrouwen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sinds hij/zij overleden is, heb ik het gevoel dat ik niet meer om anderen kan geven of voel ik afstand tot de mensen om wie ik geef.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ik heb pijn op dezelfde plaatsen in mijn lichaam, of ik heb dezelfde (ziekte) symptomen als hij/zij had.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ik doe alles om maar niet aan hem/haar herinnerd te worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ik vind het leven leeg en zonder betekenis zonder hem/haar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 15 Ik hoor zijn/haar stem tegen mij praten.
- 16 Ik zie hem/haar voor me staan.
- 17 Ik voel me alsof ik verdoofd ben sinds hij/zij overleden is.
- 18 Ik vind het niet eerlijk dat ik nog leef terwijl hij/zij dood is.
- 19 Ik voel me bitter gestemd over zijn/haar dood.
- 20 Ik ben jaloers op anderen die niet een dierbare hebben verloren.
- 21 Ik heb het gevoel dat de toekomst geen betekenis of doel heeft zonder hem/haar.
- 22 Ik voel me eenzaam sinds hij/zij overleden is.
- 23 Ik heb het gevoel dat mijn leven alleen maar samen met hem/haar zinvol kan zijn.
- 24 Ik heb het gevoel dat een deel van mij samen met hem/haar is gestorven.
- 25 Ik heb het gevoel dat door zijn/haar overlijden mijn beeld van de wereld stukgeslagen is.
- 26 Ik ben het gevoel van veiligheid, vertrouwen of controle kwijt.
- 27 Ik voel mij gespannen, prikkelbaar of schrikachtig sinds zijn/haar overlijden.
- 28 Mijn functioneren op het werk, in sociaal opzicht of op andere belangrijke gebieden is ten gevolge van zijn/haar overlijden ernstig verzwakt.
- 29a Mijn slaap is slecht
- 29b Indien de slaap vaak of altijd slecht is: is dit ontstaan na zijn/haar overlijden ja nee

Leeftijd: jaar

Geslacht: man/vrouw

Aantal maanden sinds overlijden: maanden

Overleden persoon is:

partner

broer

zoon

zus

- dochter
- vader
- moeder
- vriend
- vriendin
- anders, namelijk:

Scoring en normering Vragenlijst rouw

Score van de vragen 1 t/m 29 optellen

nooit = 0

zelden = 1

soms = 2

vaak = 3

altijd = 4

Voor item 29a geldt alleen een score 3 of 4 indien het item 29b met 'ja' is beantwoord.

Totaal scorering: 0 – 116

Normering:

totaalscore > 39: gecompliceerde rouw, behandelindicatie

totaalscore > 87: ernstig gecompliceerde rouw

Bijlage 2

Proposed Diagnostic Criteria for Prolonged Grief Disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)

Category Definition

A. Event criterion Bereavement (loss of a significant other)

B. Separation distress The bereaved person experiences at least one of the following symptoms, which must be experienced daily or to a distressing or disruptive degree:

- Intrusive thoughts related to the lost relationship
- Intense feelings or emotional pain, sorrow, or pangs or grief related to the lost relationship
- Yearning for the lost person

C. Cognitive, emotional, and behavioral symptoms

The bereaved person must experience five (or more) of the following symptoms daily or to a distressing or disruptive degree:

- Confusion about one's identity (e.g., role in life, diminished sense of self, feeling that a part of oneself has died)
- Difficulty accepting the loss
- Avoidance of reminders of the reality of the loss
- Inability to trust others since the loss
- Bitterness or anger related to the loss
- Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests)
- Numbness (absence of emotion) since the loss
- Feeling that life is unfulfilling, empty, and meaningless since the loss
- Feeling stunned, dazed, or shocked by the loss

D. Duration at least six months from the onset of separation distress

E. Impairment The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities).

F. Relation to other mental disorders

Should not be better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder

Note. From "Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11," by H.G. Prigerson, M.J. Horowitz, S.C. Jacobs, C.M. Parkes, M. Aslan, K. Goodwin, . . . P.K. Maciejewski, 2009, PLoS Medicine, 6(8), p. 9.