

Doodsangst in de huisartsenpraktijk¹

Quin van Dam

In het persoonlijk leven van Freud speelde de dood een grote rol. Zijn twee zoons vochten in de eerste wereldoorlog aan het front, een dochter stierf op jonge leeftijd en hij leed aan verhemeltekaner. Des te opmerkelijker is het dat hij in zijn theoretisch bouwwerk van de psychoanalyse geen volwaardige plaats toekende aan de dood. Volgens Freud kunnen we als toeschouwer de dood wel waarnemen, maar ons geen denkbeeld vormen van onze eigen dood. In ons onbewuste heerst de overtuiging dat we onsterfelijk zijn. Omdat de dood geen onderdeel vormt van de bewuste en onbewuste belevingswereld kunnen we er ook niet bang voor zijn. Als we wel doodsangst ervaren, dan moeten we die angst begrijpen als een afgeleide of secundaire angst en een aanwijzing voor dieperliggende problemen (Razinsky, 2013). De volgende casus illustreert deze secundaire doodsangst.

Jaap de Bruin is angstig plotseling te sterven. Deze doodsangst hangt samen met de moordfantasieën die Jaap koestert ten aanzien van zijn buurman. Vanuit zijn strenge geweten veroordeelt hij deze agressieve gevoelens. Zijn geweten zegt hem dat hij als straf voor zijn agressieve wensen zelf dood zal vallen. Op die manier vloeit zijn secundaire doodsangst - ik val dood - voort uit een innerlijke conflict tussen zijn primaire woede - val jij maar dood - en zijn strenge geweten.

Freuds opvatting over doodsangst had verstrekkende gevolgen voor de psychoanalytische therapie. Generaties psychoanalytici lieten de dood als reële bedreiging van het bestaan links liggen en behandelden iedere doodsangst als een secundaire doodsangst (Razinsky, 2013). Zij richtten de aandacht op de oplossing van het innerlijke conflict dat vaak in de kindertijd ontstaan was. In het geval van Jaap betekent dit dat de therapeut Jaap helpt minder streng naar zichzelf te kijken en zijn woede te accepteren. Hij hoeft zichzelf dan niet meer te straffen en daardoor zal zijn (secundaire) doodsangst afnemen. De therapeut heeft

¹ Dit hoofdstuk werd in maart 2017 gepubliceerd in: Het onbewuste consult. Handreikingen voor de huisarts en andere hulp uit de eerste lijn (redactie: Frans Schalkwijk en Famke Kwee). Uitgever Garant.

echter geen oog voor de primaire doodsangst. Hij onderzoekt niet of er in het actuele bestaan van Jaap directe aanleidingen zijn voor primaire doodsangst. Zo is het mogelijk dat een familielid ernstig ziek is, waardoor Jaap geconfronteerd wordt met zijn eigen sterfelijkheid. Deze samenhang tussen zijn primaire doodsangst en dit dreigende verlies blijft daardoor onbesproken.

Het negeren van de dood als reële bedreiging van het bestaan heeft grote gevolgen voor vrijwel alle psychotherapeutische en geneeskundige behandelingen. Patiënten met lichamelijke of psychische klachten ervaren vaak een toename van doodsangst, maar vinden daarvoor geen gehoor in de behandeling. Behandelaars, dat wil zeggen de arts, psychotherapeut, verpleegkundige en andere direct betrokkenen bij de zorg voor de patiënt, zijn daarin vaak ook niet opgeleid. Zij zijn niet geschoold om samen met de patiënt te bespreken wat de dood voor hem betekent, welke angstbeelden hij erbij heeft, waardoor die beïnvloed zijn en hoe hij deze kan hanteren.

Yalom (2008) bekritiseerde de opvatting van Freud. Hij benadrukt dat de reële bedreiging van ons bestaan en het besef van onze sterfelijkheid bij vrijwel iedereen op de achtergrond aanwezig is en een verlamme vernietigingsangst teweegbrengt. Vaak uit deze primaire doodsangst zich in een onrustig gespannen gevoel en het idee dat onszelf of onze naasten iets zal overkomen.

Wat zijn de belemmeringen die behandelaars ondervinden om adequaat te reageren op impliciete of expliciete hulpvragen over de dood, bij welke groepen patiënten is dat vooral belangrijk en welke kansen ontstaan als zij wel in staat zijn de dood te bespreken?

Waar zijn de behandelaars bang voor?

Als behandelaar kunnen we verschillende barrières ervaren, wanneer we te maken krijgen met thema's rond de dood. Twee factoren zijn met name van belang: (1) we zijn vervreemd geraakt van de dood door de maatschappelijke context waarin we opereren en (2) door onze eigen doodsangst reageren we afwerend als we geconfronteerd worden met de dood.

1. Vervreemding van de dood

De dood heeft in de afgelopen anderhalve eeuw steeds minder een natuurlijke plek in het dagelijkse leven gekregen. De eerste reden is dat de levensverwachting aanzienlijk is gestegen. Het bruto sterftcijfer (het aantal sterfgevallen per 1000 inwoners per jaar) daalde

in Nederland tussen 1850 en 2000 van 25% naar 8% per jaar; in 1850 stierven per 1000 inwoners dus elk jaar veel meer mensen dan in het jaar 2000. Daarnaast nam in diezelfde periode het sterftcijfer van jongeren (het aantal sterfgevallen per jaar per 1000 jongeren tussen nul en twintig jaar) af van 50,2% naar 1,3%, vooral door een sterke daling van de kindersterfte (nul tot vijf jaar). Het sterftcijfer van ouderen (65 jaar en ouder) steeg in datzelfde tijdsbestek van 18.1% naar 70,9%. Sterven doen we nog steeds, maar steeds vaker pas wanneer we oud zijn. Door deze ontwikkelingen is de dood voor velen geassocieerd geraakt met de ouderdom. Concreet betekent het dat de mensen die in de afgelopen vijftig jaar opgroeiden, veel minder vaak dan hun groot- en overgrootouders van nabij hebben meegemaakt dat iemand overleed (Van Dam, 2016).

Ten tweede raakte de dood in de afgelopen eeuw meer afgescheiden van het dagelijks leven, doordat het aantal mensen afnam dat thuis overleed. Begin 1900 stierf 80% van de mensen thuis, in 2000 was dat nog 33% (Keirse, 2011). De meerderheid overlijdt tegenwoordig dus in een ziekenhuis of zorginstelling, zoals een verpleeghuis of hospice. De verandering van de plaats van overlijden betekent dat de zorg voor stervenden meer in handen is gekomen van professionele zorgverleners. Mensen die overlijden zijn daardoor verder verwijderd van hun gezinsleden, met wie zij een persoonlijke geschiedenis delen en die vaak het beste weten wat zij nodig hebben. Door deze professionalisering van het sterven krijgen de gezinsleden meer de rol van toeschouwer (Corr & Corr, 2013).

Doordat sterven zijn natuurlijke vertrouwdheid heeft verloren, is ook de taal om over die gebeurtenis te spreken langzaam verdwenen: er zijn geen woorden meer voor (Keirse, 2011). Dit raakt ook behandelaars. Net als iedereen zijn zij in hun kindertijd weinig geconfronteerd met de dood van een gezinslid of iemand uit de directe omgeving; ook hun naasten sterven vaak niet meer thuis. Daardoor missen ze wat wel wordt aangeduid als 'informele scholing' (Corr & Corr, 2013).

2. Doodsangsten van de behandelaar

Nu hoeft het op zich geen punt te zijn dat behandelaars informele scholing missen. Maar ook georganiseerde leergangen gericht op cognitieve en ervaringsgerichte kennis over de dood ('formele scholing') ontbreken grotendeels (Van Dam, 2016).

Bovendien ervaren we als behandelaars eigen barrières bij een confrontatie met de dood en doodsangst bij onze patiënten. We raken bijvoorbeeld in verwarring door onze

eigen doodsangst, vereenzelvigen ons teveel met de patiënt, vooral wanneer deze van een vergelijkbare leeftijd is, of voelen ons totaal machteloos. Deze zogenoemde tegenoverdrachtsreacties kunnen ertoe leiden dat we angstig en vermijdend reageren, en niet meer voor de patiënt beschikbaar zijn.

Als de behandelaar zijn eigen angsten voor de dood wél onder ogen ziet, dan neemt de kans toe dat hij zich kan verplaatsen in de doodsangst van de patiënt en beter in staat is te reflecteren op de eigen ervaringen. Hij kan daar zonodig iets over vertellen en zo de hoop bieden dat deze angst te hanteren valt.

Behandelaar Fred Kloos onderging na de suïcide van zijn partner psychotherapie om dit verlies te verwerken. In deze therapie kon hij naast gevoelens van verdriet, falen en doodsangst ook zijn schaamte- en schuldbeladen gevoelens van woede en opluchting over haar dood toelaten. Daarnaast werd hij zich bewust van zijn almachts- of redderfantasieën, zoals de verwachting dat hij haar problemen had kunnen oplossen. Hij beseftte dat hij zijn beperkingen niet voldoende onder ogen had gezien. Door zijn therapie kon hij zich beter verplaatsen in de gevoelens van patiënten die geconfronteerd werden met de suïcide van een geliefde. Hij leerde zijn patiënten de schuldbeladen gevoelens van woede en opluchting ter sprake te brengen, en liet hun zien dat hun gevoel van falen geen reëel falen betrof.

Waar zijn patiënten bang voor?

Doodsangst kan sterker opspelen wanneer we zelf ziek worden of naasten zien overlijden. Ook kan een verstoring van het psychisch evenwicht doodsangst losmaken. Bij drie groepen mensen kan doodsangst in het bijzonder een rol spelen.

1. Doodsangst en psychische problematiek

Sommige mensen met (zich ontwikkelende) psychische problematiek, worstelen op uiteenlopende manieren met vraagstukken rond dood en doodsangst. Zo zijn patiënten met anorexia nervosa, boulimie en zelfbeschadigend gedrag vaak gepreoccupeerd met de dood en de angst voor vernietiging (Farber et al., 2007). Tegelijk stelt dissociatie hen in staat te ontkennen dat ze een reëel gevaar lopen om te overlijden. De overheersende aanwezigheid van de dood in hun behandeling roept bij behandelaars vaak wanhoop, vermijding en afkeer

op, en belemmert hen soms het overlijdensrisico te bespreken (Farber et al., 2007). In andere gevallen kan een sterk aanwezige doodsangst raken aan een angststoornis, met een overlap in klachten en verschijnselen. Patiënten uit beide groepen melden negatieve emoties, zoals spanning, onzekerheid en een zorgelijk en ongemakkelijk gevoel (Lehto & Stein, 2009). Ook in de depressieve klachten van ouderen kan doodsangst een rol spelen.

Daarnaast is aandacht voor de dood belangrijk om de ontwikkeling van een psychische stoornis te voorkomen. Zo blijkt dat de onverwachte dood van een geliefde traumatisch kan zijn, met gevolgen in de gehele levensloop van de achterblijvers. Zo'n levensgebeurtenis is een risicofactor voor onder meer een depressie, paniekstoornis en posttraumatische stressstoornis. Onder ouderen wordt naast deze klachten een verhoogde incidentie of toename geconstateerd in het voorkomen van manische episodes, fobieën, alcoholmisbruik en gegeneraliseerde angststoornissen (Keyes et al., 2014).

Deze samenhang tussen doodsangst en psychische stoornissen maakt duidelijk dat het noodzakelijk is om als behandelaar alert te zijn op de aanwezigheid van doodsangst en deze angst actief te exploreren.

2. Doodsangst en levensbedreigende ziektes

De tweede groep die specifiek met doodsangst te kampen kan hebben, bestaat uit mensen die langdurig behandeld worden voor potentieel levensbedreigende ziektes en mensen in de laatste fase van hun leven.

Ontwikkelingen in de geneeskunde hebben ongeneeslijke ziektes steeds vaker tot chronische ziektes gemaakt. Een vooruitgang, maar wel een met een keerzijde. Zo zijn sommige behandelingen zeer ingrijpend en hebben ze grote bijwerkingen en mogelijk schadelijke gevolgen. Op medisch-maatschappelijk terrein wordt daarom in toenemende mate aandacht besteed aan het vraagstuk van passende medische zorg bij chronische ziekte en in de laatste levensfase. Het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase' gaat specifiek op deze vragen in (Stuurgroep, 2015). Het is in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG) opgesteld door een stuurgroep bestaande uit organisaties van patiënten, artsen, verpleegkundigen en ouderen.

Juist door de medisch-technologische mogelijkheden wordt het des te belangrijker om op tijd te praten over de vraag of iemand een nieuwe behandeling nog wil, of zo'n behandeling nog realistisch is, wat de ernstig zieke werkelijk belangrijk vindt in zijn leven en

met welke zorg de behoeften van de zieke zo goed en zo kwaad als het kan vervuld kunnen worden. Dit betekent dat patiënten een eigen afweging kunnen maken, en dat er ook ruimte kan ontstaan voor aanvaarding van de onvermijdelijke aanstaande dood, voor afscheid en voor zorg die op acceptatie en op een zo goed mogelijk afscheid van het leven gericht is.

Genoemd KNMG-rapport bepleit een samenleving die meer ruimte maakt voor het accepteren van ziekte en overlijden. Het moet gewoner worden om te praten over het levenseinde, over wensen en verwachtingen en over andere opties dan doorbehandelen. In de laatste levensfase moeten optimale zorg, kwaliteit van leven en welzijn voorop staan. Maar dat gaat gepaard met dilemma's die soms moeilijk bespreekbaar zijn, omdat dan ook de dood aan bod moet komen. Behandelaars kunnen aan dit gesprek een wezenlijke bijdrage leveren. Mensen die te maken hebben met ingrijpende gebeurtenissen, zoals ernstige ziekte van henzelf of van hun naasten, wenden zich immers ook tot de huisarts en de GGZ.

3. Doodsangst en ouderdom

Ouderen vormen de derde groep waarvoor het relevant is dat behandelaars beseffen dat doodsangst mogelijk aanwezig is. Drie miljoen Nederlanders bereiken de komende decennia de 65-plus-leeftijd. Ze worden geconfronteerd met de dood doordat naasten overlijden en ook de horizon van hun eigen sterven snel in zicht komt. Deze confrontatie kan doodsangst oproepen of versterken. Wie rouwt om het verlies van een naaste kan bijvoorbeeld angst gaan voelen voor de eigen dood. Yalom (2008) benadrukt dat we als behandelaar alert moeten zijn op doodsangst bij de rouwende patiënt, een volgens hem onderschatte component van de rouwverwerking. Ouderen worden in soms korte tijd met veel verschillende verliezen geconfronteerd, en hebben vaak nauwelijks de tijd en onvoldoende steun van de omgeving om te rouwen en deze verliezen te verwerken: verdriet wordt daardoor een voortdurende metgezel (Corr & Corr, 2013).

Mensen in de laatste levensfase rouwen in veel gevallen om het verlies van lichamelijke en cognitieve mogelijkheden, of om het verlies van een partner, broer of zus, vrienden of zelfs een huisdier. Daarnaast kunnen ouderen getroffen worden door de dood van een kind of een kleinkind. Dergelijke ingrijpende situaties kunnen oude, onverwerkte verliezen weer naar de oppervlakte brengen (Corr & Corr, 2013). Het is voorstelbaar dat de stapeling van verlies bij ouderen heftige doodsangst teweeg kan brengen en de verbondenheid met het leven verzwakt, wat ook weer angst kan oproepen.

Hoe kunnen we de patiënt helpen zijn angst te hanteren?

Alvorens de doodsangst van de patiënt te behandelen, is het nodig te onderzoeken wat de betekenis is van de dood, welke angsten er zijn en hoe deze samenhangen met psychische problematiek.

Bij de bespreking van de dood met de patiënt past een open en geïnteresseerde houding, gericht op het begrijpen hoe de ander vanuit zijn cultuur en perspectief de dood beleeft. Probeer te exploreren en stel oplossingen en interpretaties zo lang mogelijk uit. Voorkom vaagheden zoals 'De dood hoort nu eenmaal bij het leven' door bijvoorbeeld te vragen: 'Hoe is het, denkt u, voor uw vrouw of uw kind als u er niet meer bent?' Voorbeelden van explorerende vragen gericht op de betekenis van de dood, op ervaringen van spijt, op ideeën over een leven na de dood en op een verlangen naar de dood zijn:

De betekenis van de dood:

Hoe ziet u de dood, wat houdt er op voor u?

Is het beeld van de dood na uw kindertijd veranderd?

Wat betekent dit vroegere of het huidige beeld voor u?

Wat betekent uw dood voor uw naasten, hoe kijken ze op u terug?

Voelt u zich voor iemand verantwoordelijk?

Wie zal het na uw dood vooral zwaar hebben en waarom?

Is een belangrijk persoon overleden, hoe herinnert u zich hem, wat betekent het verlies voor u?

Met wie praat u daarover en wat betekent dat voor u?

Lukt het u nieuwe contacten te leggen?

Ervaringen van spijt:

Waarvan heeft u spijt?

Hoe stond u toen in het leven?

Hoe kijkt u daarop terug?

Wat is belangrijk voor u in de tijd die u nog hebt?

Hoe kunt u dat realiseren?

Ideeën over een leven na de dood:

Wat gebeurt er met uw ziel of geest?

Leeft u ergens voort?

Verwacht u een oordeel over uw leven op aarde?

Verlangen naar de dood:

Sinds wanneer verlangt u naar de dood?

Is er toen iets gebeurd of veranderd voor u?

Wat mist u in uw huidige leven?

Hoe werd daarin vroeger voorzien?

Met wie had u toen contact en wat betekende dat voor u en de ander?

Met wie heeft u nu contact en hoe is dat voor u en de ander?

Welke problemen kwam u vroeger tegen en hoe hanteerde u ze?

Hoe ziet u de leden van de volgende generatie en hoe zien zij u?

Wat is er nodig om plezier in uw leven te krijgen?

Samenhang met psychische problematiek

De diagnostische inschatting van de psychische mogelijkheden en beperkingen van de patiënt gaat vooraf aan de bespreking en behandeling van de doodsangst. Deze inschatting geeft antwoord op de vragen: waarom nu deze angst bij deze patiënt en om welke vorm van angst gaat het? Dit geeft een beeld van mogelijke aanleidingen tot de toename van doodsangst, van het angstniveau en van de daarbij gehanteerde afweer of coping. Ook bij ogenschijnlijk goed functionerende patiënten kunnen primitieve angsten, zoals angst voor desintegratie, aanwezig zijn. Om deze angsten op te sporen is het noodzakelijk te vragen naar een concreet voorbeeld waarin de patiënt zich angstig voelde, wat er precies gebeurde, en waarvoor hij het meest angstig was.

Marijke Lans, 78 jaar oud, klaagde over heftige nachtmerries waarin zij droomde over bombardementen die haar huis vernietigden. De aanvankelijke veronderstelling bij de behandelaars dat er sprake was van een oorlogstrauma werd in een heteroanamnestisch onderzoek niet bevestigd. Neuropsychologisch onderzoek toonde een

beginnende dementie aan. Haar doodsangsten hadden de vorm van desintegratie- en vernietigingsangst.

Bij patiënten met suïcidale gedachtes is er in veel gevallen een mengeling van doodsangst en doodswens. In eerste instantie zal de behandelaar inschatten hoe groot het risico op suïcide is. Daarnaast kan hij de doodswens exploreren door de patiënt te vragen waar hij van weg wil, hoe hij de dood beleeft en hoe hij denkt dat het voor achterblijvers zal zijn als hij er niet meer is. Deze vragen bieden de patiënt de mogelijkheid te vertellen over zijn belevingswereld, de mogelijke aanleidingen om dood te willen en zijn teleurstellingen in het leven. Als de behandelaar zich daarvoor interesseert, dan voelt de patiënt zich erkend in zijn gevoelens en leidt dit vaak tot hernieuwde verbinding met het leven.

Behandeling van doodsangst

Patiënten reageren vaak met angst en paniek als zij horen dat zij ongeneeslijk ziek zijn. Deze patiënten zijn niet gebaat bij een psychotherapie die gericht is op de dieperliggende problemen en vroegkinderlijke wortels van de doodsangst, maar moeten geholpen worden de dood onder ogen te zien (Straker, 2013). Als dit lukt, dan leeft de patiënt vaak met een 'dubbel besef' van een naderende dood en daarnaast een sterke wil om te leven en daaraan betekenis te geven. Dit besef van leven en sterven vormt de belangrijkste psychologische taak bij het levenseinde. Als de patiënt suïcidaal wordt of vroegtijdig om euthanasie vraagt, dan laat hij daarmee mogelijk weten dat het hem niet lukt om deze dualiteit te verdragen. Juist dan is het belangrijk om als behandelaar aanwezig te zijn en actief de gevoelens van angst, verlies, wanhoop en waardeloosheid te exploreren. Dit kan de patiënt helpen deze dualiteit van leven en sterven te aanvaarden (Straker, 2013).

Straker (2013), ruim dertig jaar als psychoanalyticus verbonden aan het Sloan-Kettering Cancer Centre in New York, ontwikkelde op basis van zijn therapeutisch werk met patiënten die lijden aan kanker een existentiële psychoanalytische benadering. Hij streeft ernaar de patiënt te helpen een balans te vinden in de dualiteit van leven en sterven, door de patiënt te helpen accepteren dat zijn genezing onmogelijk is en zijn levensverwachting kort en onzeker. Daarnaast probeert hij hem te helpen zo goed mogelijk gebruik te maken van de tijd die hem rest. De behandelaar probeert te begrijpen welke voorstellingen de patiënt van de dood heeft en moedigt hem aan te rouwen over het verlies van zijn

gezondheid, zijn toekomst, zijn relaties en zijn geliefde plekken. Daarnaast bespreekt hij mogelijke schuldgevoelens van de patiënt ten aanzien van naasten die hij moet achterlaten of over onafgemaakte zaken. De onvermijdelijkheid van de dood brengt de patiënt vaak in een existentiële crisis waarin hij beseft alleen te staan, alles te zullen verliezen wat van waarde is en hij geconfronteerd wordt met vragen over de zin van het bestaan. Als de patiënt de ernst van zijn ziekte vermijdt, dan hanteert de behandelaar deze afweer met gezond verstand. Zo laat hij deze vermindering bestaan als hij aanvoelt dat het de kwaliteit van leven van de patiënt ten goede komt: 'Als ik er steeds bij stilsta dat ik dood ga, heb ik geen leven meer.'

Soms lukt het de patiënt om te rouwen over zijn stervende lichaam en zich tegelijkertijd te richten op het hier-en-nu, op verbinding met zijn geliefden en op haalbare doelen. De behandelaar kan daar actief in helpen door met de patiënt te onderzoeken wat van waarde is en waarop hij zijn aandacht wil richten.

Tjerk, 21 jaar oud, vernam twee jaar geleden dat hij ongeneeslijk ziek is. Hij wil zich in de tijd die hem rest inzetten voor Alpe d'Huzes om geld in te zamelen voor wetenschappelijk onderzoek naar kanker om te voorkomen dat jonge mensen in de toekomst aan deze ziekte zullen overlijden.

De behandelaar sluit aan bij de behoefte van de patiënt om terug te kijken op zijn leven. Dit helpt de patiënt soms om met mildheid terug te kijken op 'mislukte periodes' uit zijn leven, biedt hem ruimte om te beseffen wat hij bereikt heeft en hoe hij doorleeft in anderen. Deze zogenoemde symbolische onsterfelijkheid versterkt zijn zelfwaardering.

Johan Ark, 74 jaar en ongeneeslijk ziek, scheidde op 29 jarige leeftijd en veranderde kort daarop van loopbaan. Hij veroordeelt zichzelf om de verloren jaren doordat hij op relationeel en werkgebied verkeerde keuzes maakt: 'Ik had meer kunnen bereiken als ik niet zo stom geweest was.' Als hij terugblijkt op die periode beseft hij dat hij door de strenge en inperkende opvoeding niet geleerd had zich af te vragen welke partner en studie bij hem pasten. Hij realiseert zich hoe angstig en onzeker hij als begin twintiger in het leven stond, en zich bij zijn keuzes vooral liet leiden door zijn behoeftes het strenge gezinsmilieu te ontvluchten en houvast te krijgen. Dit beseft

helpt hem te accepteren hoe zijn leven gelopen is en zijn strenge zelfkritiek los te laten. Hij kijkt nu milder naar zichzelf en waardeert wat hem gelukt is in zijn leven. Deze levenswijsheid deelt hij met zijn kinderen.

De behandelaar streeft naar een positieve, begripvolle en zorgende relatie met de patiënt en betreft zonodig naasten bij de behandeling. Een veilige binding met anderen verzacht vaak de pijn van het afscheid en helpt op vredige wijze te sterven (Straker, 2013).

Huisartsen begeleiden vaak de uitbehandelde patiënten die na een ziekenhuisopname thuiskomen om te sterven. Huisarts Dirkse onderscheidt drie soorten doodsangst bij deze terminale patiënten: 1) Angst het leven los te laten. Zo is een moeder angstig om haar jonge kinderen, die haar zorg nog nodig hebben, achter te laten. 2) Angst voor wat er komen gaat en afgerekend te worden op zijn leven. 3) Angst voor het sterven zelf. Bijvoorbeeld angst te zullen stikken.

Dirkse kaart in een vroeg stadium het gesprek over het levenseinde aan, probeert de patiënt zo goed mogelijk te leren kennen en betreft daar zoveel mogelijk de familie bij. Zij probeert met geduld te luisteren, stelt zich kwetsbaar en open op, en exploreert actief als zij intuïtief aanvoelt dat de patiënt belemmeringen ervaart om het leven los te laten.

Jan Gerrits, 55 jaar, is in het terminale stadium en bang voor de palliatieve sedatie. Bij exploratie van zijn angst blijkt dat hij in de veronderstelling leeft dat hij nog alles opvangt uit zijn omgeving als hij buiten bewustzijn is, maar daarop niet meer kan reageren. Met een medisch-technische uitleg wordt de patiënt gerustgesteld.

Karim Amrani, 78 jaar en aanhanger van de Islam, veronderstelt dat hij niet wordt toegelaten tot het paradijs als hij morfine heeft gebruikt. Dirkse informeert naar de regels en morele overtuigingen van de Islam. Tijdens het gesprek waarbij de familie aanwezig is, voelt patiënt zich erkend in zijn angst en kan hij deze loslaten.

De vier kinderen van de terminaal zieke mevrouw Janssen, 76 jaar, ruziën met elkaar. Steeds belt een ander kind huisarts Dirkse met vragen en met verwijten naar broers

of zussen en naar moeder. Dirkse legt het dilemma bij hen terug en vraagt hen zelf tot overleg te komen, en af te spreken wie woordvoeder zal worden van het gezin.

Zij bevordert de werkrelatie door op voorhand met haar patiënt af te spreken wanneer zij op huisbezoek komt. Deze rekent daarop en zal als hij angstig is niet zo snel in paniek bellen, omdat hij weet dat het bezoek gepland staat. Zij biedt een veilige behandelrelatie waarin de patiënt zich geborgen en erkend voelt in zijn angsten, twijfels en onzekerheden om het leven los te laten.

Ten slotte

Patiënten met psychische klachten, ouderen en ongeneeslijk zieke patiënten ervaren vaak een toename van doodsangst. Om ons meer vertrouwd te voelen met deze thematiek is gerichte scholing noodzakelijk. De paniekerige doodsangst die vaak optreedt bij een eerste confrontatie (en die weer kan leiden tot ontkenning en vermijding), maakt bij formele scholing plaats voor rustige doodsangst, waarbij reflectie wel mogelijk is (Van Dam, 2016). Dit blijkt uit een onderzoek onder twee groepen verpleegkundigen, die allen werkzaam waren op een afdeling met terminale patiënten: de ene groep kreeg educatie over de dood, de andere niet. Het onderwijs in de onderzoeksgroep bestond uit theorie en een ervaringsgericht deel. De verpleegkundigen kregen de gelegenheid te reflecteren op de eigen overtuigingen en angsten voor de dood, wisselden ervaringen uit met de overlijdens van patiënten en bespraken manieren om slecht nieuws te brengen en naasten van overledenen te steunen. De getrainde verpleegkundigen bleken beter dan de niet getrainde collega's in staat de optredende doodsangst te hanteren. Bovendien konden zij hun gevoelens met collega's beter delen, hadden zij meer oog voor de eigen grenzen en die van collega's, en zorgden zij beter voor de patiënten en hun familie (Brisley en Wood, 2004).

Wanneer we deze onderzoeksresultaten vertalen naar behandelaars, dan valt te verwachten dat zij zich na educatie over de dood meer bewust zullen zijn van hun eigen sterfelijkheid, hun doodsangst beter zullen hanteren, en beter in staat zullen zijn hun gevoelens te delen met collega's. Ook kunnen zij beter voor zichzelf en voor hun collega's zorgen, en beschikken zij over de mogelijkheden om betere zorg te verlenen aan patiënten en hun familie. Zij beheersen dan een taal voor de dood en kunnen het leven van hun

patiënten en diens naasten verrijken door hen bij te staan in hun worsteling met sterven, dood en verlies.

Met dank aan Verena Dirkse voor haar waardevolle verslag van de begeleiding van terminale patiënten.

Literatuur

- Brisley, P. & Wood, L.M. (2004). The impact of education and experience on death anxiety in new graduate nurses. *Contemporary nurse* 17, 102-108
- Corr, C.A. & Corr, D.M. (2013). *Death & Dying, Life & Living*. 7th. ed. Wadsworth: Cengage learning
- Dam, Q.D. van (2016). Psychotherapeuten en de dood. Pleidooi voor educatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 42, 415-429
- Farber, S.K., Jackson, C.C., Tabin, J.K. & Bachar, E. (2007). Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self mutilation. *Psychoanalytic Psychology* 24, 298-305.
- Keirse, M. (2011). *Later begint vandaag*. Tielt: Lannoo
- Keyes, M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K.A., Koenen, K.C. & Shear, M.K. (2014). The burden of Loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry* 171, 864–871
- Lehto, R.H. & Stein, K.F. (2009). Death Anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice: An international journal* 23, 23-41
- Razinsky, L. (2013). *Freud, psychoanalysis and death*. Cambridge: University Press
- Straker, N. (2013). Un update in the psychoanalytic treatment of the cancer patient facing death. In: Straker, N. (ed). *Facing cancer and the fear of death. A psychoanalytic perspective on treatment*, p. 69-80
- Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase (2015). *Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase*. Utrecht, KNMG (www.knmg.nl/passendezorg)
- Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon inkijken*. Amsterdam: Balans.

Personalia

Dr. Quin van Dam is klinisch psycholoog, psychoanalyticus, supervisor NVP, NPaV en NVPP en werkzaam in zijn eigen praktijk te Leiden. Hij is docent bij RINO Amsterdam en begeleider van Balintgroepen. Hij verzorgt workshops over doodsangst. In 2016 publiceerde hij het boek: Affectfobietherapie in de praktijk. www.quinvandampsychotherapie.nl