

# Psychotherapeuten en de dood

Quin van Dam

Tijdschrift voor Psychotherapie

ISSN 0165-1188

Tijdschr Psychother

DOI 10.1007/s12485-016-0124-1



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Stichting Tijdschrift voor Psychotherapie. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

# Psychotherapeuten en de dood

## Pleidooi voor educatie

Quin van Dam

### Samenvatting

In de psychotherapeutische praktijk zijn we eraan gewend dat alles besproken kan worden. Toch is er in de behandelkamer lang niet altijd plaats voor een gesprek over de dood of de angst daarvoor. Doordat mensen langer leven en minder vaak thuis sterven, lijkt de dood verder weg dan ooit. Bij ggz-professionals ontbreken derhalve leerervaringen met de dood gedurende het leven: de zogenoemde informele scholing. Maar ook formele scholing ontbreekt: er zijn nauwelijks georganiseerde leergangen over dood en doodsangst. Daardoor herkennen behandelaars lang niet altijd de doodsangst bij hun patiënten en zijn ze minder goed in staat hun tegenoverdracht op dit punt te duiden en ervoor te zorgen dat die een helpend gesprek niet in de weg staat. Aan zo'n gesprek is bij verschillende groepen patiënten behoefte. Patiënten met psychische problematiek lijden geregeld ook aan doodsangst. Daarnaast is er de groep mensen die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende ziekte en zijn er ouderen die de laatste levensfase bereiken. Deze groepen zien psychotherapeuten al in hun spreekkamers. Naast het leven moet ook de dood daar zijn plaats kunnen innemen. Daarvoor is wel educatie nodig, in de reguliere opleidingen en in de vorm van nascholing. Het gaat dan om theoretisch en ervaringsgericht onderwijs met een multidisciplinaire benadering en aandacht voor psychologie, geneeskunde en ethiek. Psychotherapeuten zijn al gewend met onze patiënten te praten over angst, verdriet, onmacht en verlies. Met de juiste educatie kunnen zij doodsangst beter herkennen en mensen helpen omgaan met hun angst. Juist in een tijd waarin velen oud worden en medisch-technisch steeds meer kan, is dat van groot belang.

---

Q. van Dam (✉)  
Leiden, Nederland  
E-mail: [quinvandam@zonnet.nl](mailto:quinvandam@zonnet.nl)

---

## **Death anxiety in psychotherapy**

A plea for education

---

### **Abstract**

In psychotherapy, anything may be discussed. Conversations about death and death anxiety are, however, an uncommon occurrence in the mental health care practice. In a society where people live longer and often die outside their own homes, death seems further removed than ever. This results in a lack of informal schooling through personal experience, for mental health professionals as much as for everybody else. Formal schooling is equally scarce: death and death anxiety are not established subjects in the curriculum of psychotherapists. This means that psychotherapists may fail to recognize an underlying death anxiety in their patients. Countertransference may also be overlooked, thus making it harder to help patients address their fears. The need to look into fears surrounding death and dying can arise in different types of patients. Firstly, patients with specific mental problems often also suffer from death anxiety. Secondly, death anxiety can be present in people who are confronted with a life threatening illness. Thirdly, death is a common theme for older people. Psychotherapists and mental health care professionals encounter all three groups in their practices. Death anxiety needs to become part of the conversations with these patients. To be truly helpful, education is the key, both in the regular curriculum and through ongoing training. Any education in this area needs to be theoretical and practical, using a wide range of knowledge from, for instance, psychology, medicine and ethics. Psychotherapists already know how to engage their patients in conversations about fear, grief and loss. With the proper training, they can also learn to recognize death anxiety and help their patients address their fears and concerns. Especially now that many people live into their eighties and nineties, and medical possibilities are ever-expanding, this is essential.

---

### **Inleiding**

Leven en dood zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; zij vormen twee kanten van dezelfde medaille. In therapieën richten we ons vanzelfsprekend op het leven van patiënten en proberen we hen te helpen de kwaliteit daarvan te verbeteren. We bespreken hun angsten of sombere gevoelens, relatie- en gezinsproblemen of problemen met werk of opleiding. Als patiënten in een crisissituaties belanden en uit het leven dreigen te stappen, grijpen we in, om zelfdoding te voorkomen.

Over de andere kant van de medaille – dood en de angst daarvoor – praten we met onze patiënten niet vaak. Toch is er alle reden om in onze therapiekamers ook dat onderwerp niet uit de weg te gaan. We moeten leren alert te zijn op doodsangst bij patiënten die worstelen met psychische problemen, de dood kunnen bespreken wanneer mensen kampen met ernstige lichamelijke ziekte, en erin bedreven raken

om doodsangst op te merken bij mensen die geconfronteerd worden met het verlies van naasten (Lehto en Stein 2009).

Opmerkelijk genoeg ontbreekt educatie op deze punten in de opleiding van ggz-professionals (zoals psychotherapeuten, klinisch en gz-psychologen, basispsychologen en andere direct betrokkenen bij de behandeling van patiënten). Dat is een ernstige lacune.

In dit artikel bespreek ik drie groepen mensen voor wie doodsangst een belangrijk thema kan zijn, dat ook in de behandelkamer besproken moet worden. Daarna behandel ik de belemmeringen die wij als behandelaars kunnen ondervinden om adequaat te reageren op impliciete of expliciete hulpvragen, en de kansen die ontstaan als we wel de juiste competenties hebben. Welke vormen van onderwijs gewenst zijn, komt in het laatste deel aan bod.

---

## Drie groepen hulpvragers

We kennen allemaal momenten van doodsangst. Doodsangst uit zich vaak in een onrustig en gespannen gevoel, en in gedachten over wat ons of onze naasten kan overkomen. Toch blijft deze angst vaak ook onder het oppervlak of wordt hij overvleugeld door andere angsten of zorgen. Daarnaast hebben we zo onze  *copingmechanismen*: we koesteren de illusie dat we onsterfelijk zijn, of nemen onze toevlucht tot ideeën over reïncarnatie of over een leven in het hiernamaals. In onze maatschappij is de dood bovendien een onderwerp dat we niet graag bespreken.

Mevrouw Ark (56) meldt zich met nachtelijke paniekaanvallen, die begonnen nadat bij haar partner de ziekte van Alzheimer was gediagnosticeerd. De protocollaire behandeling van de paniekaanvallen leverde een tijdelijke symptoomreductie op. Toen de klachten weer in hevigheid toenamen, rees bij mij het vermoeden van doodsangst. Ik veronderstelde dat zij met haar eigen sterfelijkheid geconfronteerd werd, door de levensbedreigende ziekte van haar man (Lehto en Stein 2009). Bij exploratie van haar mogelijke doodsangst bleek dat zij inderdaad angst voelde zelf te overlijden en niet meer te kunnen zorgen voor haar zoons van veertien en zeventien jaar. Zij had de doodsangst zelf niet ter sprake gebracht, omdat ze de ziekte van haar man en zijn naderend overlijden als veel acuter ervoer. Door te bespreken dat de ziekte van haar man haar natuurlijk ook confronteerde met haar eigen sterfelijkheid, werd haar doodsangst genormaliseerd: het was een begrijpelijke reactie. De paniekaanvallen namen duurzaam af.

Doodsangst kan sterker gaan opspelen wanneer we zelf ziek worden of naasten zien overlijden. Daarnaast kan een verstoring van het psychisch evenwicht doodsangst losmaken. Ook dan is erover praten echter niet vanzelfsprekend – zelfs niet binnen de ggz. Zo vreemd is dat overigens niet: we zijn de laatste twee decennia flink opgeschoven in de richting van medicalisering, kortdurende behandeling, proto-

collering en eenzijdige gerichtheid op symptomen en oplossingen. Daardoor is er minder ruimte om existentiële problemen te bespreken (Kalmthout 2012). Toch is praten over doodsangst ook in de huidige behandelcontext belangrijk. Ik bespreek hieronder drie groepen mensen bij wie doodsangst in het bijzonder kan spelen.

---

## Doodsangst en psychische problematiek

Ten eerste zijn er de mensen met (zich ontwikkelende) psychische problematiek, die op uiteenlopende manieren kunnen worstelen 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 psychotherapeuten 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 en Stein 2009). Ook bij depressieve klachten van ouderen kan doodsangst een rol spelen (Cicirelli 2009).

Aandacht voor de dood is ook 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 depressie, paniekstoornissen 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 onderwerp tot het natuurlijke domein van de ggz-professional zou moeten behoren. Het is dan ook van groot belang dat we als behandelaars alert zijn op de aanwezigheid van doodsangst, en deze angst actief exploreren.

---

## Doodsangst en levensbedreigende ziekten

De tweede groep die specifiek met doodsangst te kampen kan hebben, bestaat uit mensen die langdurig behandeld worden voor potentieel levensbedreigende ziekten, en mensen in de laatste fase van hun leven. Ontwikkelingen in de geneeskunde hebben ongeneeslijke ziekten steeds vaker tot chronische ziekten 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.

In het rapport 'Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase' (zie <http://www.knmg.nl/passendezorg>) wordt specifiek op deze vragen ingegaan. Het is opgesteld in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG), 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 acceptatie van de onvermijdelijke aanstaande dood, voor afscheid en voor zorg die gericht is op acceptatie en een zo goed mogelijk afscheid van het leven (Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase 2015). Maar dan moeten die gesprekken wel worden gevoerd.

In genoemd KNMG-rapport wordt een samenleving bepleit die meer ruimte maakt voor het accepteren van ziekte en overlijden. Het moet gewoner worden om over je levenseinde te praten, over wensen en verwachtingen en over andere opties dan doorbehandelen. En 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 (Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase 2015). Psychotherapeuten 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 ggz.

---

## Doodsangst en ouderdom

Ouderen vormen de derde groep voor wie het relevant is dat behandelaars beseffen dat doodsangst mogelijk aanwezig is. Drie miljoen Nederlanders bereiken de komende decennia de 65-jarige leeftijd (Duin en Stoeldraijer 2014). Ze worden geconfronteerd met de dood, doordat veel naasten overlijden en ook de horizon van hun eigen sterven snel in zicht komt. Deze confrontatie kan doodsangst oproepen of versterken. Iemand die rouwt om het verlies van een naaste kan bijvoorbeeld angst gaan voelen voor de eigen dood. Yalom (2008) benadrukt dat we als therapeuten 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 tijd en onvoldoende steun van de omgeving om te rouwen en deze verliezen te verwerken; verdriet wordt daardoor een voortdurende metgezel (Corr en Corr 2013).

Mensen in de laatste levensfase rouwen in veel gevallen om het verlies van lichamelijke en cognitieve mogelijkheden, om het verlies van een partner, broer of zus, van vrienden of zelfs van een dierbaar huisdier. Daarnaast kunnen ouderen getroffen worden door de dood van een kind of een kleinkind. Deze laatste verliezen, die uiteraard zeer ingrijpend zijn, kunnen oude, onverwerkte verliezen weer naar de oppervlakte brengen (Corr en 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.

Hiermee heb ik een overzicht gegeven van drie groepen mensen in onze samenleving die in het bijzonder te maken kunnen krijgen met doodsangst. We zien deze mensen ook in onze behandelkamers. Maar weten we ook hoe we helpende gesprekken met hen kunnen voeren?

---

## Belemmeringen bij behandelaars

Behandelaar kunnen verschillende barrières ervaren, wanneer zij te maken krijgen met doodsangst bij patiënten, of met thema's rond de dood. Twee factoren zijn met name van belang: *a* de maatschappelijke context waarin zij opereren, en *b* eigen mogelijke afweer.

---

## Vervreemding van de dood

De dood heeft in de afgelopen anderhalve eeuw een steeds minder natuurlijke plek in het dagelijkse leven gekregen. De eerste oorzaak is dat de levensverwachting aanzienlijk is gestegen. Het bruto sterftecijfer (het aantal sterfgevallen per duizend inwoners per jaar) daalde in Nederland tussen 1850 en 2000 van 25 naar 8 % per jaar; in 1850 stierven per duizend inwoners dus elk jaar veel meer mensen dan in het jaar 2000. Daarnaast nam in diezelfde periode het sterftecijfer van jongeren (het aantal sterfgevallen per jaar per duizend jongeren tussen 0 en 20 jaar) af van 50,2 naar 1,3 %, vooral door een sterke daling van de kindersterfte (0 tot 5 jaar). Het sterftecijfer van ouderen (65 jaar en ouder) steeg in datzelfde tijdsbestek van 18,1 naar 70,9 % (Schnabel 2012). Sterven doen we nog steeds, maar steeds vaker pas wanneer we oud zijn. Door deze ontwikkelingen is de dood voor velen geassocieerd geraakt met ouderdom. Concreet betekent dit, 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.

Ten tweede raakte de dood in de afgelopen eeuw meer afgescheiden van het dagelijks leven, doordat het aantal mensen dat thuis overlijdt afnam. 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 ge-



zinsleden, met wie zij een persoonlijke geschiedenis delen en die vaak het beste weten wat zij nodig hebben. En door deze professionalisering van het sterven, krijgen de gezinsleden zelf meer de rol van toeschouwer (Corr en Corr 2013).

Doordat sterven zijn natuurlijke vertrouwdheid heeft verloren, is ook de taal om over die gebeurtenis te spreken langzamerhand verdwenen; er zijn geen woorden meer voor (Keirse 2011). Dit raakt ook psychotherapeuten, want net als iedereen zijn zij in hun kindertijd weinig geconfronteerd met de dood van een gezinslid of iemand uit de directe omgeving, en sterven hun naasten vaak niet meer thuis. Daardoor missen ze de zogenoemde informele scholing (Corr en Corr 2013).

---

## Doodsangsten van de psychotherapeut

Nu hoeft het geen probleem te zijn dat het psychotherapeuten aan informele scholing ontbreekt, maar ook formele scholing is grotendeels afwezig. Bovendien kunnen behandelaars de eigen barrières ervaren bij een confrontatie met dood en doodsangst bij patiënten. Patiënten roepen in de therapeutische relatie vaak emotionele onlustreacties op bij behandelaars (Hafkenscheid 2015). Deze tegenoverdrachtsreacties worden voor een deel bepaald door onopgeloste emotionele conflicten van de therapeut in kwestie. Wanneer deze onopgeloste conflicten geraakt worden door de thematiek van de patiënt, kan de therapeut angstig en vermijgend reageren. In veel gevallen vermindert dan het reflectief vermogen en wordt het beeld van de patiënt verstoord (Hayes et al. 2007).

Als patiënten te maken krijgen met zulke negatieve tegenoverdrachtsreacties van behandelaars, verzwakt dat de therapeutische relatie en beleven zij de therapeut als minder empathisch (Hayes et al. 2007). Daarom moeten psychotherapeuten beseffen dat persoonlijke problemen hun werk kunnen verstoren, en dit geldt des te meer als de zorgen van de patiënt een weerspiegeling vormen van de problemen van de therapeut (Hayes et al. 2007). Zo werd een afname in empathie aangetroffen bij behandelaars die rouwtherapie boden, maar zelf nog worstelden met verdriet over de dood van een naaste. Hoe meer de therapeuten een overledene misten, des te minder beleefden de patiënten hen als empathisch (Hayes et al. 2007).

Op grond van deze bevindingen valt te verwachten dat een psychotherapeut die zijn angsten voor de dood niet onder ogen ziet, de impliciete doodsangst van de patiënt niet zal herkennen, en afwerend en vermijgend zal reageren wanneer hij daar expliciet mee wordt geconfronteerd. Zijn de benodigde competenties er wel, dan neemt de kans toe dat hij zich wel zal kunnen 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 (Hayes et al. 2007).

Psychotherapeut 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 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 dit gevoel van falen geen reëel falen betrof.

## Kansen voor de behandeling

Kenmerkend voor hulpvragen omtrent dood en doodsangst is dat ze vaak impliciet zijn. Als therapeuten zich niet voldoende van bewust zijn dat dit kan spelen, zullen zij aan die hulpvraag voorbij gaan; de informele en formele educatie schieten dan tekort. Gaan zij er wel op in, en weten we het onderwerp op een helpende manier te exploreren, dan biedt dat kansen.

In het geval van patiënten met psychische problematiek kan kennis over de kenmerken en aanleidingen voor het optreden van doodsangst aanleiding geven tot een vruchtbare exploratie. Zo is het belangrijk om te weten dat bij patiënten met weinig zelfvertrouwen, die ook nog eens weinig richting kunnen geven aan het eigen bestaan, een grote kans bestaat dat doodsangst een ontregelende invloed heeft (Lehto en Stein 2009).

Meneer Gerrits (56) meldt zich aan met angstige en depressieve klachten en chaotische gedachten, geluxeerd door een recent ontslag. Hij ervaart een gevoel van stuurloosheid en voelt zich overgeleverd aan gebeurtenissen in zijn leven, zoals zijn vaderschap en het ontslag. De therapeut besluit door te vragen op doodsangst. Patiënt blijkt inderdaad angstig dat het leven plotseling ophoudt.

Eerst gaat de therapeut in detail met hem na wat er voorafging aan het ontslag. Door deze analyse wordt hem duidelijk dat zijn eerst als 'natuurverschijnsel' ervaren ontslag niet zomaar gebeurde, maar volgde op een periode waarin hij niet goed functioneerde. Aan de hand daarvan bespreekt de therapeut de momenteel irreële grond voor zijn doodsangst met betrekking tot zichzelf – patiënt is lichamelijk gezond en loopt ook anderszins geen uitzonderlijk gevaar – en laat hem zien dat er meestal iets aan voorafgaat, als iemand overlijdt. Deze uitleg helpt hem zijn denkwijze enigszins te veranderen en de angst ten aanzien van het aanstaande levenseinde te hanteren.

Therapeuten hebben ook patiënten in behandeling die zelf geconfronteerd worden met een levensbedreigende ziekte of die binnen afzienbare termijn een naaste zullen verliezen. In zulke omstandigheden kan de therapeut de patiënt helpen de naderende dood onder ogen te zien en te aanvaarden. Therapeuten kunnen eveneens bespreken welke angsten, onzekerheden en dilemma's de situatie voor de specifieke patiënt met zich meebrengt. Dat is uitermate pijnlijk, maar het biedt

ook ruimte voor authenticiteit, erkenning (in plaats van loochening) van hun lot, beleving van het (aanstaande) verlies, en focus op wat er in de resterende tijd werkelijk toe doet.

De echtgenoot van mevrouw Lans is ongeneeslijk ziek. Zij klampt zich angstig vast aan de medische technologie en dwingt haar man door te gaan met experimentele kuren met een onzeker resultaat. In een gesprek met het paar bespreekt de psychotherapeut haar angst voor het naderende verlies van haar man. De man uit op zijn beurt zijn zorg voor haar en de kinderen, en zijn behoefte aan rust en tijd om afscheid te nemen. Dit helpt mevrouw Lans haar dwingende houding op te geven, zijn naderende dood onder ogen te zien en samen met haar kinderen de onherroepelijke fase van afscheid nemen in te gaan, in plaats van deze te ontlopen.

Bij patiënten in de laatste levensfase staan psychotherapeuten voor de taak om de doodsangst te bespreken als een existentiële angst. In dat geval richten zij zich op de angst voor de dood, de ervaring van de eindigheid van het bestaan en de ontkenning van de werkelijkheid van de dood (Kalmthout 2012). Therapeuten gaan de pijn, het verdriet, de angst en de onzekerheid dan niet langer uit de weg. Zij stellen zich ervoor open en helpen de patiënt daarbij stil te staan. En zij delen met de patiënt wat zijn verhaal bij hen persoonlijk oproept en welke ervaringen zij zelf hebben met de angst voor de dood (Kalmthout 2012).

---

## Een plaats voor de dood

### De noodzaak van educatie

In principe zouden alle ggz-professionals in hun opleiding moeten leren over een helpende omgang met doodsangst in de behandelpraktijk, want die competentie is er niet zomaar. Gerichte aandacht in het onderwijs leidt ertoe dat zij zich meer vertrouwd kunnen voelen met deze thematiek. De paniekerige doodsangst (*hot death anxiety*) die vaak optreedt bij een eerste confrontatie (en die weer kan leiden tot ontkenning en vermijding), maakt bij formele scholing plaats voor rustige doodsangst (*cool death anxiety*), waarbij reflectie wel mogelijk is (Grant en Wade-Benzoni 2009).

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 over het overlijden 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 beter hun gevoelens delen

met collega's, 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 deze onderzoeksresultaten worden vertaald naar psychotherapeuten, dan valt te verwachten dat zij zich na educatie over de dood meer bewust zullen zijn van de eigen sterfelijkheid, doodsangst beter zullen hanteren en beter in staat zullen zijn hun gevoelens te delen met collega's. Ook zullen zij in staat zijn beter voor zichzelf en voor hun collega's te zorgen, en betere zorg te verlenen aan patiënten en hun familie.

Educatie over de dood is voor psychotherapeuten onmisbaar om te leren samen met hun patiënten te bespreken wat hun eigen aanstaande dood of die van hun naasten voor hen betekent, welke angstbeelden ze daarbij hebben, door welke factoren die beïnvloed worden en hoe zij hun doodsangst kunnen hanteren.

---

## Benodigde competenties

Het onderwijs zou niet alleen moeten bestaan uit het aanreiken van cognitieve kennis, maar vooral ook uit een ervaringsgericht deel. Dit levert de therapeut zowel cognitieve als emotionele competenties wat betreft de dood, samen te vatten onder de noemer: *death competence* (Gamino en Ritter 2012). Wanneer psychotherapeuten beschikken over de benodigde emotionele competenties, dan zijn zij beter in staat om de soms heftige gevoelens te verdragen die gepaard gaan met gedachten aan de dood, kunnen zij eigen doodsangsten beter hanteren en hebben zij meer oog voor daarmee samenhangende tegenoverdrachtsgevoelens. Ook beschikken zij dan over vaardigheden om beter empathisch af te stemmen op patiënten, en zijn zij beter in staat de dood met patiënten en hun naasten te bespreken.

Als psychotherapeuten beschikken over de noodzakelijke cognitieve competenties, dan hebben zij op zijn minst basale kennis van *a* de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het besef van de dood, van kind tot volwassene, *b* de cultureel-maatschappelijk beïnvloede houdingen ten aanzien van de dood, *c* het verschijnsel doodsangst, en *d* de factoren die daarop van invloed zijn, de verschillende coping-mechanismen en de rouwreacties. Ook zijn zij dan *e* op de hoogte van instellingen voor ernstig zieken, en zijn zij *f* bekend met de inhoudelijke, wettelijke, morele en ethische regelingen rond het levenseinde.

---

## Opzet van een curriculum

Om ervoor te zorgen dat aankomende behandelaars de gewenste cognitieve en emotionele competenties ontwikkelen, is multidisciplinaire kennis nodig, afkomstig uit de psychologie, geneeskunde, ethiek, antropologie, individuele therapie, en relatie- en gezinstherapie. Een nieuw curriculum kan de ervaringskennis die is opgedaan door zorgverleners die veel hebben gewerkt met patiënten die lijden aan een levensbedreigende ziekte of met patiënten die voor hun levenseinde staan, dankbaar benutten.

Om een curriculum op te zetten, kan gebruikt gemaakt worden van de kennis over sterven, dood en rouw die werd verzameld door de Association for Death Education and Counseling (ADEC). De ADEC beschouwt educatie over de dood als een van de zes onderdelen van de thanatologie, de wetenschappelijke bestudering van sterven en de dood (Maegher en Balk 2013). De andere vijf onderdelen zijn sterven, beslissingen bij het levenseinde, verlies, psychische pijn en rouw, diagnostiek en interventies, en traumatische dood. Deze onderdelen worden belicht vanuit: *a*) cultuur/socialisatie, *b*) religie/spiritualiteit, *c*) professionele thema's, *d*) historisch perspectief, *e*) hedendaags perspectief, *f*) levensloop, *g*) institutioneel/maatschappelijk, *h*) familie en individu, *i*) wetenschappelijk onderzoek, en *j*) ethisch en wettelijk gezichtspunt. Samen vormen zij een zogeheten kennismatrix (zie [www.adec.org](http://www.adec.org)) die in het handboek van de ADEC wordt besproken (Maegher en Balk 2013). Deze kennismatrix kan behulpzaam zijn bij het samenstellen van een onderwijsprogramma.

---

## Workshop over doodsangst

De dood heeft op dit moment nog geen vaste plek in het reguliere curriculum. Toch bestaat er onder praktiserende psychotherapeuten zeker behoefte aan scholing op dit punt. Om daarin te voorzien, verzorgde de auteur van dit artikel sinds 2010 in samenwerking met trainer en adviseur Marcel Karreman een workshop over doodsangst, onder de titel 'Tegen de zon inkijken'. Deze titel is ontleend aan het gelijknamige boek van Yalom (2008). In deze workshops, waaraan inmiddels 165 collegae deelnamen, bieden we een afwisseling van theoretisch en ervaringsgericht onderwijs, dat met gebruik van verschillende werkvormen wordt aangeboden.

Bij de theoretische onderdelen passeren de volgende onderwerpen de revue: *a*) persoonlijke en culturele betekenissen van de dood, *b*) ontwikkeling van het besef van de dood vanaf de vroege kindertijd, *c*) verschillende vormen van doodsangst, en *d*) kenmerken van en aanleidingen voor doodsangst. Daarnaast worden enkele resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar doodsangst belicht. In het ervaringsgerichte onderdeel reflecteren de deelnemers op de eigen angst voor de dood. Daarnaast oefenen zij therapeutische vaardigheden om in individuele, relatie- en gezinsgesprekken de aan de dood gerelateerde thematiek te bespreken.

In hun evaluaties spreken deelnemers uit dat zij meer inzicht hebben verworven in hun eigen doodsangst en die van anderen. Ze verwachten dat ze verschijnselen van doodsangst bij patiënten sneller zullen opmerken, en waarderen de mogelijkheid om met interventies te oefenen en te leren van collega's. Dit levert concrete handvatten op en geeft vertrouwen om het lastige gesprek over de dood te voeren.

---

## Tot besluit

In de opleiding tot psychotherapeut ontbreekt voornamelijk onderricht over de dood. In dit artikel heb ik een pleidooi gehouden voor serieuze aandacht voor de ein-

digheid van het leven. Educatie over de dood zou een vaste plek moeten innemen in de opleiding van psychotherapeuten en andere zorgverleners in de ggz. Voor professionals die zich willen laten bijscholen bestaan daarvoor al wel enige mogelijkheden.

De dood is al vaak te gast in de behandelkamer, maar we zien deze ongenode gast lang niet altijd zitten, of kijken liever langs hem heen, zonder hem eens recht in de ogen te kijken. Er is veel te winnen als we als behandelaars in de ggz het onderwerp verwelkomen, in het belang van onze patiënten die, net als wij, onvermijdelijk geconfronteerd worden met vragen over de dood.

Sterker nog: de therapiekamer is bij uitstek een plek om het gesprek over dood en doodsangst te voeren. Behandelaars beschikken immers al over veel relevante deskundigheid (Haley et al. 2003). Zo zijn zij gewend met patiënten te praten over pijnlijke confrontaties, angst, verdriet, onmacht en verlies. Ook beschikken zij over interventies om patiënten te helpen hun angst te hanteren of deze te reduceren. Om deze gesprekken over de laatste levensfase en de dood goed te voeren, is echter wel een uitbreiding van de therapeutische vakbekwaamheid nodig.

Behandelaars moeten zich competenties eigen maken in het omgaan met de dood. Beschikken zij over de bereidheid om deze competenties te ontwikkelen en in te zetten, dan kunnen ze het leven van patiënten verrijken, door hen bij te staan in hun worsteling met een van de meest betekenisvolle gebeurtenissen uit het leven van de mens: het afscheid van het eigen leven of dat van de naasten.

---

## 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.
- Cicirelli, V. (2009). Sibling death and death fear in relation to depressive symptomatology in older adults. *Journal of Gerontology series B: Psychological Science and Social Sciences*, 64, 24–32.
- Corr, C.A., & Corr, D.M. (2013). *Death & Dying, Life & Living* (7th. ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2014). *Bevolkingsprognose 2014–2060: groei door migratie*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- 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*, 2, 298–305.
- Gamino, L.A., & Ritter, R.H. (2012). Death competence: an ethical imperative. *Death Studies*, 36, 23–40.
- Grant, A.M., & Wade-Benzoni, K.A. (2009). The hot and cool of death awareness at work: mortality cues, aging, and self-protective and prosocial motivations. *Academy of Management Review*, 34, 600–622.
- Hafkenscheid, A. (2015). Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 202–209.
- Haley, W.E., Larson, D.G., Kasl-Godley, J., & Neimeyer, R.A. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 626–633.
- Hayes, J.H., Yeh, Y.J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 345–355.
- Kalmthout, M. van (2012). Tijd voor een existentieel georiënteerde psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 407–420.
- Keirse, M. (2011). *Later begint vandaag*. Tiel: 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.
- Meagher, D. K., & Balk, D. E. (red.). (2013). *Handbook of thanatology* (2nd. ed.). New York: Routledge.
- Schabel, P. (2012). *Ouder worden OK, maar oud zijn?* Presentatie op 9 mei 2012 te Utrecht. Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase. (2015). Niet alles wat kan, hoeft. Utrecht. [www.knmg.nl/passendezorg](http://www.knmg.nl/passendezorg)
- Yalom, I. D. (2008). *Tegen de zon inkijken*. Amsterdam: Balans.

**Dr. Q. van Dam**, klinisch psycholoog, psychoanalyticus, supervisor NVP, NVPA en voor het register Affectfobie van de NVPP, werkt in eigen praktijk in Leiden. Hij is docent bij RINO NH en begeleidt groepen huisartsen volgens de Balintmethode.