

Mogelijke rouwrituelen bij de behandeling van oorlogsgetroffenen

*Onno van der Hart**

Het verliezen van iemand die een centrale plaats in het leven van de nabestaande innam - diens partner of kind, bijvoorbeeld - is een ernstig psychisch trauma. Met de dood van de partner of het kind lijkt ook de zin van het eigen bestaan te zijn weggevallen. De rouw die op dat verlies volgt, dient niet alleen in te houden het verstandelijk en emotioneel aanvaarden en verwerken dat de overledene er niet meer is, maar ook een reorganisatie van het eigen bestaan om weer een zinvol leven te kunnen leiden - zo mogelijk ook met betekenisvolle banden met een ander of anderen (Parkes & Weiss, 1983; Worden, 1992; Wortman & Cohen Silver, 1990).

Door een aantal oorzaken, waaronder het ontbreken van traditionele rouwrituelen, kan dit rouwproces voor bepaalde categorieën nabestaanden een te zware opgave worden, en een vorm van rouwtherapie zou dan aangewezen kunnen zijn. De manier waarop en de context waarin oorlogsgetroffenen hun verlies hebben geleden, kunnen nog eens extra hindernissen voor dit verwerkingsproces oproepen.

In dit artikel wordt een vorm van rouwtherapie - het therapeutische afscheidsritueel - beschreven die qua vorm geïnspireerd is door traditionele rouwrituelen. De meeste ervaring met deze benadering hebben wij - dat wil zeggen een groep psychotherapeuten van het voormalige S.J.P. Dercksen centrum, nadien de RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw West - opgedaan in de behandeling van chronische of pathologische vormen van rouw bij niet-oorlogsgetroffenen. Mede omdat het oorlogsgetroffenen bij de verwerking van hun verlies vaak ontbroken heeft aan passende rouwrituelen, kunnen elementen uit deze benadering ook een belangrijke rol vervullen in de behandeling van hun chronische rouw.

* Onno van der Hart is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de capaciteitsgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht, is hoofd onderzoek van het Cats-Polm Instituut te Zeist en werkt tevens als psycholoog/psychotherapeut bij RIAGG Zuid/Nieuw-West te Amsterdam.

De opzet van dit artikel is als volgt. Eerst wordt kort ingegaan op de functie van traditionele rouwrituelen en op factoren die het rouwproces nadelig beïnvloeden. Dan komt een aantal aspecten van de chronische rouw van oorlogsgetroffenen aan de orde. Uitvoerig wordt ingegaan op de structuur en vormen van therapeutische afscheidsrituelen en ook is er aandacht voor de toepassingsmogelijkheden in de rouwtherapie bij oorlogsgetroffenen. Daarbij speelt onder meer hypnose, die in het kader van de hier beschreven benadering kan worden gebruikt voor de verwerking van traumatische ervaringen, een rol.

In de slotparagraaf wordt betoogd dat rituelen ook een rol van betekenis in andere therapeutische benaderingen kunnen spelen en ten slotte is er aandacht voor de voordelen van huiswerk in de beschreven benadering.

Traditionele rouwrituelen

Traditioneel helpen rouwrituelen de nabestaanden in meer of mindere mate bij het vervullen van hun rouwtaken. Deze rituelen bieden hun een sociaal aanvaard kader waarin zij tijdelijk alle aandacht kunnen - en moeten - richten op degene die er niet meer is. Rouwrituelen dienen ertoe om de dood te bevestigen en de consequenties ervan te aanvaarden. Rouwrituelen zijn beperkt in de tijd; zij zijn de voorboden van de fasen van herstel (Gorer, 1965; Bowlby, 1980). Dat komt in onze samenleving wellicht het duidelijkst tot uiting in de traditionele joodse rouwrituelen. Deze markeren het jaar van rouw dat bestaat uit drie dagen van diepe rouw (grief), zeven dagen van rouwen (mourning), dertig dagen van geleidelijke heraanpassing en elf maanden van herinnering en herstel waarin de nabestaande steeds meer uit zijn tijdelijk isolement wordt gehaald, meer en meer persoonlijke en sociale verantwoordelijkheden op zich neemt en zijn plaats in de gemeenschap weer inneemt (Bowlby-West, 1983; Evers, 1997; Herman, 1992; Op 't Root, 1988).

Door het ontbreken van dergelijke goed uitgewerkte rituelen slagen tal van nabestaanden er niet in hun rouwproces goed af te ronden (Bowlby, 1980; De Jong & Van Schaik, 1994; De Tempe, 1992). Zij worden in hun rouw en in de opgave zich aan te passen aan de veranderde omstandigheden aan hun lot overgelaten.

Factoren bij het ontstaan van chronisch onverwerkte rouw

Naast het ontbreken van traditionele rouwrituelen zijn ook diverse andere factoren van invloed op het al dan niet goed kunnen rouwen. Een daarvan is het reeds bestaan van onverwerkte rouw met betrekking tot eerder geleden verlies. Een traditionele joodse bron, de Shoelchan Aroech (vgl. Evers, 1997; Op 't Root, 1988), geeft hiervan reeds een indicatie: 'Wie buitensporig rouwt, rouwt in feite om iemand anders.' Voor tal van oorlogsgetroffenen reactiveert een recent geleden verlies plotseling het onverwerkte leed om in de oorlog omgekomen geliefden. Hierdoor worden de emotionele reacties zo heftig dat familieleden en bekenden dat niet meer begrijpen. Zij kunnen dan de neiging krijgen zich emotioneel terug te trekken of de nabestaande die emoties te verwijten. De hulpverlener die geen weet heeft van deze voorgeschiedenis, slaagt er evenmin in de in zijn ogen buitenproportionele emoties te plaatsen. De therapie die alleen op het recente verlies gericht blijft, is tot mislukken gedoemd.

Een andere factor betreft de plaats die de overledene in het leven van de nabestaande oorspronkelijk innam: hoe belangrijker of centraler en hoe gecompliceerder die is, des te groter de kans op complicaties in het rouwproces (Bugen, 1977; Worden, 1992). Soms speelt bij hen een verkeerd gebruik van bestaande of het gemis aan passende rituelen nog een complicerende rol. De omgeving wil bijvoorbeeld de meest kwetsbare nabestaande beschermen door hem niet aan de begrafenis te laten deelnemen. Het uitvoeren van de eerste rouwtaak - het aanvaarden van de dood van de geliefde - wordt aldus al ernstig belemmerd.

De levenspartner is voor velen de meest centrale persoon in hun leven. Parkes en Weiss (1983) hebben in hun onderzoek bij weduwen en weduwnaars nader kunnen differentiëren wanneer gecompliceerde of pathologische rouw optreedt. Zij noemen drie belangrijke factoren die elk tot een specifiek syndroom van pathologische rouw kunnen leiden:

Indien (1) er sprake is van een plotseling en onverwacht verlies, (2) als de huwelijksrelatie conflictueus was of (3) werd gekenmerkt door een overmatige afhankelijkheid, zullen de kansen op herstel geringer zijn. De respectieve syndromen van pathologische rouw die zich dan kunnen ontwikkelen zijn: het *unexpected grief syndrome*, waarvan de

kern is dat de nabestaande niet kan geloven dat het verlies heeft plaatsgevonden; het *conflicted grief syndrome*, waarbij onder meer woede en zelfverwijt om het verlies een belangrijke rol spelen; en het *dependent grief syndrome*, dat onder meer wordt gekenmerkt door een hevig verlangen naar de overleden partner. Deze syndromen lijken overigens niet exclusief te zijn voor onverwerkte rouw naar aanleiding van de dood van de partner. Uiteraard zal een combinatie van de genoemde drie factoren tot een ernstiger vorm van onverwerkte rouw kunnen leiden. De ervaring heeft geleerd dat de hier beschreven therapeutische rituelen effectief kunnen zijn in de behandeling van het unexpected grief syndrome en het conflicted grief syndrome. Echter een zogeheten unexpected grief syndrome is in veel gevallen beter omschreven in termen van *traumatische rouw* (Van der Hart, Brown & Turco, 1990). Parkes (1985) zelf noemde al dat de onverwachte rouw vaak ook 'horrifying, painful, and mismanaged' was. In feite hebben symptomen van traumatische rouw vaak betrekking op indringende beelden, in de vorm van nachtmerries en flashbacks, van de dood van de overlevende (Rynearson, 1987). In wezen is traumatische rouw een combinatie van dit unexpected grief syndrome en de posttraumatische stress-stoornis (PTSS), waarbij de PTSS het rouwproces blokkeert. In de behandeling zal dan in de regel eerst de PTSS moeten worden aangepakt, alsvorens de behandeling op de rouwproblematiek gericht kan worden.

Bij oorlogsgetroffenen kunnen zich uiteraard ook syndromen als hierboven genoemd voordoen, maar hun rouw is vaak door een aantal andere factoren gecompliceerd. Hoewel de meesten de oorlog als een cesuur in hun bestaan beleven, kunnen hun zeer uiteenlopende ervaringen in en na die oorlog tot uiteenlopende complicaties leiden bij hun chronische of acute rouw, waaronder herhaalde en langdurige traumatisering (vgl. Hugenholtz, 1984; Szafran, 1992; Tas, 1992). Een gemeenschappelijke factor in hun verleden is dat oorlogsgetroffenen naast het geleden verlies meestal ook andere traumatische ervaringen hebben ondergaan - ervaringen die velen evenals hun verlies niet hebben kunnen verwerken. Een tweede gemeenschappelijke factor is dat het hun allen na de oorlog ontbroken heeft aan erkenning, solidariteit en begrip vanuit de maatschappij. Burgergetroffenen, bijvoorbeeld, hebben wel heel laat iets van erkenning gekregen: pas in 1984 kregen zij een op hun situatie toegesneden wet. Daarvoor konden zij slechts een beroep doen op de bijstandswet. Een derde gemeenschappelijke

factor is dat oorlogsgetroffenen na de oorlog een nieuw bestaan moesten opbouwen, waarin nauwelijks gelegenheid was om stil te staan bij wat hun overkomen en aangedaan was en waarin misschien ook niemand wist dat dit nodig was. Er moest te snel worden overgegaan tot de orde van de dag. Misschien kregen burgergetroffenen en verzetsstrijders naast het geleden verlies nog enige steun van familieleden of werden zij na hun terugkeer uit gevangenissen of kampen weer opgenomen in een bestaande gemeenschap. Bij joden die terugkwamen uit de kampen en van onderduikadressen en bij degenen die later uit de Japanse kampen terugkwamen, lag dat anders. Velen van hen hebben elke vorm van opvang moeten ontberen, zijn vaak in der haast getrouwd en kregen kinderen. Dit terwijl zij nog in een toestand van diepe rouw en depressie verkeerden, omdat zij zich realiseerden dat hun geliefden niet meer terug zouden komen (Wilson & Fromm, 1982). Door de aandacht te richten op het opbouwen van een nieuw bestaan, op het stichten van een (nieuw) gezin en op de verzorging en opvoeding van de kinderen bijvoorbeeld, probeerden zij de geleden verliezen en verschrikkingen van de kampen te vergeten. Wilson en Fromm (1982) merken op dat dit soort herinneringen vaak meer *gedissocieerd* dan verdrongen zijn.

Verdrongen herinneringen worden geacht doorgaans slechts op een indirecte, symbolische manier in het bewustzijn door te kunnen dringen. Gedissocieerde herinneringen zijn directer toegankelijk en kunnen zich ook in de vorm van nachtmerries laten gelden (Van der Hart & Op den Velde, 1995; Schreuder, 1996). Het is ook mogelijk dat slechts een deel van de herinnering gedissocieerd is. Men herinnert zich bijvoorbeeld een bepaalde traumatische ervaring wel op een afstandelijke manier, maar men is zich de bijbehorende gevoelens niet bewust.

Wie zich voorheen gedissocieerde herinneringen bewust begint te worden, kan zijn best gaan doen zijn leven zo te organiseren dat zijn aandacht er zo min mogelijk op wordt gericht. Tal van oorlogsgetroffenen houden zo een wankel evenwicht in stand, dat ernstig verstoord kan raken als bijvoorbeeld bij toeval de tv wordt aangezet tijdens een programma met beelden uit de oorlog. Allerlei actuele gebeurtenissen kunnen ook bij oorlogsgetroffenen bestaande dissociatie-barrières plotseling opheffen en een niet meer te stuiten stroom emoties en herinneringsbeelden op gang brengen waardoor zij wor-

den overspoeld. Het recente overlijden van een geliefde is een reeds genoemd voorbeeld.

Mevrouw Vermeulen zocht hulp nadat haar vader, die als verzetsman in een concentratiekamp had gezeten, plotseling was overleden. Zij had als jong meisje niet alleen zijn arrestatie meegemaakt, maar ook tal van andere verschikkingen zoals bombardementen en beschietingen. Zij merkte op dat zij na de oorlog bij wijze van spreken alles uit die tijd in een grote kast had gestopt die daarmee overvol was geraakt. Met de dood van haar vader klapte de kastdeur open en werd zij onder de inhoud bedolven.

Een ander voorbeeld van het opheffen van een dissociatie-barrière is als een zoon of dochter de leeftijd heeft bereikt waarop men zelf bepaalde traumatische ervaringen heeft ondergaan, of het uit huis gaan van het laatste kind doet opnieuw de leegte voelen die men na de oorlog bij terugkeer uit het kamp of het onderduikadres heeft aangetroffen en vervolgens krampachtig heeft trachten te vullen. Of een heel specifiek incident blijkt opeens sterke overeenkomsten te vertonen met een traumatische gebeurtenis van toen.

De heer Levie werd door de politie tijdens een verkeersongeval naar zijn papieren gevraagd en onheus bejegend toen bleek dat die niet geheel in orde waren. Plotseling beleefde hij zijn arrestatie door de Nazi's weer. Hij raakte in paniek, die uiteraard door de agenten verkeerd werd geïnterpreteerd. Niet alleen in zijn dromen maar ook overdag verkeerde hij sindsdien vaak in het verleden. Hij was weer samen met degenen die er niet meer waren. Hun verdwijnen en het nieuws van hun dood werden weer actueel. Zo verder leven werd voor hem onmogelijk. Hij moest tegen wil en dank hulp zoeken en zijn onvoltooid verleden met een therapeut delen.

Wie er in slaagt om dit soort herinneringen weer enigszins op afstand te plaatsen, is meestal niet erg gemotiveerd om het verleden weer op te rakelen in een therapie (vgl. Krystal, 1981). Wie hier niet in slaagt, kan wellicht baat hebben bij een behandeling waarin rituelen een rol van betekenis kunnen spelen. Rituelen bieden een betrekkelijk veilige structuur om het verleden aan bod te laten komen. Er zijn ook oorlogsgetroffenen die zich voortdurend van de oorlogsellende en hun

daarin geleden verlies bewust zijn gebleven; mensen bij wie de oorlog een deel van hun persoonlijke identiteit is geworden. Over hen wordt wel eens gedacht dat zij niet zonder de oorlog kunnen leven, maar er kan beter gezegd worden, dat zij - in tegenstelling tot de mensen die te snel te veel afstand hebben genomen - onvoldoende afstand van de oorlog en hun vermoorde geliefden hebben kunnen nemen. Ik heb geen ervaring met rouwtherapie bij deze oorlogsgetroffenen, maar ik veronderstel dat hun problematiek moeilijker te behandelen is dan de problemen van degenen die op latere leeftijd overvallen worden door herinneringen aan traumatische ervaringen en in de oorlog geleden verlies. Het doel van rouwtherapie - afscheid nemen van de doden - zal waarschijnlijk snel worden opgevat als verraad jegens hen.

Therapeutische afscheidsrituelen

Het voorbeeld dat ons tot het werken met therapeutische afscheidsrituelen heeft geïnspireerd, is beschreven door Selvini-Palazzoli et al. (1974). Een tweeënhalf-jarig meisje was door haar ouders niet verteld dat er een ernstig gehandicapt broertje was geboren en evenmin dat hij, zes maanden later, was overleden. Zij reageerde er wel op, onder meer door niet meer te eten. De therapeuten instrueerden haar ouders om haar alsnog over haar broertje en diens dood te vertellen en met haar in hun tuin wat kleertjes van hem te begraven en op dat graf een boom te planten. Dit therapeutisch ritueel bleek niet alleen voor het meisje maar ook voor haar ouders een ontroerende ervaring te zijn en had direct tot gevolg dat zij haar symptomen opgaf.

Wat goed is geweest voor een kind kan wellicht ook goed zijn voor volwassenen. Vanuit deze gedachte zijn we deze rituelen in de jaren zeventig systematisch gaan toepassen in rouwtherapieën voor cliënten van een instelling voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg: het waren overwegend mensen met uitlopende psychiatrische klachten die bij nader inzien verband hielden met onverwerkte, chronische rouw (Van der Hart, 1981, 1984). Rouwen wordt in deze benadering opgevat als een vorm van afscheidnemen. Afscheidsrituelen zijn geformaliseerde symbolische handelingen waarmee de nabestaande alsnog afscheid van de overledene(n) kan nemen. De therapeutische toepassing daarvan is inmiddels wijd verbreid (zie bijv. De Keijser, Boelen & Van den Bout, 1998; Rando, 1993).

De meeste traditionele vormen van rouwtherapie zijn noodzakelijker-

wijs intensieve behandelingen, vaak bestaande uit verscheidene zittingen per week (vgl. Ramsay, 1979; Volkan, 1981). De benadering van therapeutische afscheidsrituelen is een vorm van rouwtherapie waarin doorgaans één gesprek met de therapeut per week aanvankelijk ook noodzakelijk is, maar waarin het accent vaak op door de cliënt te verrichten huiswerk komt te liggen. De therapeutische gesprekken kunnen daarbij het karakter van voortgangsbesprekingen en consulten krijgen. Therapeutische afscheidsrituelen omvatten een drietal fasen, die hieronder nader zullen worden beschreven: 1) voorbereidingsfase, 2) herordeningsfase, en 3) afrondingsfase, bestaande uit een afscheidsceremonie, een reinigingsrite en een herenigingsritueel. Eventueel volgt later nog een herdenkingsceremonie.

Net als bij elke andere therapeutische benadering moet de keuze voor een rouwtherapie c.q. therapeutisch afscheidsritueel worden voorafgegaan door een grondige taxatie en diagnostiek. Het schema van afscheidsrituelen wordt soms zo strak toegepast als hier wordt beschreven. Het afscheidsritueel als geheel is dan de rouwtherapie. In andere gevallen - en zeker in de behandeling van oorlogsgetroffenen - worden slechts een aantal rituele of symbolische elementen in de therapie gebruikt.

Taxatie

Het nonspecifieke onderdeel taxatie komt hier maar kort aan bod. Op slechts vier aspecten wordt nader ingegaan.

Het eerste aspect betreft de *sociale omgeving* van de cliënt met rouwproblematiek. Het is van groot belang ook de partner of het gezin van de cliënt bij de taxatie te betrekken. Nog te veel wordt dit in individueel georiënteerde psychotherapieën, ook bij oorlogsgetroffenen, nage laten. Het moet duidelijk worden of de cliënt het enige gezinslid is dat rouwt of dat onverwerkte rouw en 'de oorlog' het gehele gezin of de relatie beheerst. Is dat laatste het geval, dan heeft een individuele rouwtherapie minder kans van slagen. De onverwerkte rouw vormt een onderdeel van een chronisch, pathologisch interactiepatroon, met de oorlog als het grote taboe bijvoorbeeld, dat het best doorbroken kan worden in een gezins- of relatietherapie (De Keijser, 1995; Kisané & Bloch, 1996). Het moet ook duidelijk worden of de gezinsleden in staat en bereid zijn de cliënt tijdens het op gang komen van de rouwtherapie op te vangen en te steunen. De cliënt kan tijdelijk in

een maalstroom van heftige emoties geraken, die deze steun noodzakelijk maakt. Het is daarom ook belangrijk de partner of andere gezinsleden bij de volgende fase van de behandeling te betrekken (vgl. Lange, 1984). Ook voor hen kan het daarbij zinvol zijn dat het taboe van de oorlog wordt doorbroken en dat zij met hun partner of ouder kunnen praten over wat die heeft meegemaakt.

Bij een taxatie van de partnerrelatie of het gezin kan ook blijken dat er, naast de problemen met betrekking tot het verleden (de onverwerkte rouw), ook andere gezinsproblemen, zoals frequente spanningen en conflicten of moeilijkheden rondom het uit huis gaan van de kinderen, bestaan. Deze problemen kunnen ook samenhangen met de onverwerkte rouw. 'When losses are not integrated, there is frequently an element of displacement of conflict or blaming of the spouse. If one is not finding life rewarding, it is natural to look to the person closest to oneself for the answer: that comes easier than to look to oneself for the source of the pain affects' (Derdeyn & Waters, 1981, p. 486). Niet alleen als dit het geval is, maar ook als bestaande spanningen in de partnerrelatie of het gezin los lijken te staan van de rouwproblematiek, is onze strategie vaak om de behandeling in eerste instantie op 'het verleden' de onverwerkte rouw te richten en de partner en gezinsleden om steun en medewerking daarbij te vragen. Hierdoor kunnen de bestaande verhoudingen reeds op een indirecte wijze ten gunste worden beïnvloed (Ebbers, 1992).

Het tweede aspect heeft betrekking op de rouwproblematiek zelf. Nagegaan moet worden of de cliënt bepaalde *materiële herinneringen* aan de overledene(n) koestert en wat de functie daarvan is. Pollock (1961) merkt op dat oude brieven, souvenirs, portretten, brillen, stukjes haar, kleding en andere intieme bezittingen voor de nabestaande de illusie in stand kunnen houden dat degenen die er in feite niet meer zijn toch aanwezig zijn. Met het koesteren van deze kernsymbolen (Van der Hart, 1992, 1984) of verbindende voorwerpen, *linking objects* (Volkan, 1981), wordt meer dan alleen de herinnering aan de overledenen in leven gehouden: het duidt vooral ook op een gestagneerde rouw. Een opvallend voorbeeld bood een Israëliisch echtpaar dat in 1988, veertig jaar na de Onafhankelijksoorlog waarin hun enige zoon gesneuveld was, diens kamer in precies dezelfde staat had bewaard als toen deze zoon de kamer bewoonde. Tas (1992) formuleert het als volgt: '[E]en gestremde rouw kan iemand (gedeeltelijk,

emotioneel) vasthouden in de tijd waarin het verlies nog niet ter kennis was genomen. Bij onderduikers is dat de tijd, de omstandigheden, de sfeer van de onderduikperiode zelf.' (p. 51)

Zoals Janet (1919; Raymond & Janet, 1898) en Volkan (1981) beschrijven, kan het goed zijn om de cliënt bij aanvang van de behandeling te vragen bepaalde kernsymbolen - bijvoorbeeld de belangrijkste ervan - bij de therapeut in bewaring te geven. Na afloop kan hij ze dan - hopelijk ontdaan van hun magische kwaliteiten - terugkrijgen. Recente eigen ervaringen met de toepassing van dit principe hebben geleerd, dat het rouwproces, ook wanneer de ontkenning van het verlies nog sterk aanwezig is, aldus snel op gang kan worden gebracht. Overigens is deze interventie bij oorlogsgetroffenen met onverwerkte rouw vaak niet op z'n plaats; er is niets stoffelijks bewaard gebleven dat als herinnering of kernsymbool heeft kunnen fungeren.

Het derde aspect heeft betrekking op het - voorlopige - *behandelingscontract*, waarmee de taxatiefase formeel wordt afgerond. Hiermee bevestigen therapeut en cliënt hun overeenstemming over het doel van de behandeling; de specifieke manier waarop zij dit willen bereiken kan eventueel nog in het midden worden gelaten.

Aansluitend bij de door Parkes en Weiss (1983) onderscheiden syndromen van gecompliceerde rouw, mag bij het unexpected grief syndrome en vooral bij het conflicted grief syndrome aan een therapeutisch afscheidsritueel als rouwtherapie worden gedacht. Bij het unexpected grief syndrome en vergelijkbare posttraumatische problematiek moet zo'n ritueel soms worden gecombineerd met andere benaderingen, waaronder hypnotherapie of cognitieve gedragstherapie. Hypnose wordt dan vooral gebruikt om de cliënt te verlossen van afschuwelijke beelden of hallucinaties - van het sterven of het verminkte lichaam van hun geliefden - die steeds weer op komen duiken en hen van streek maken. Cliënten met een dependent grief syndrome kunnen de zware taak van een therapeutisch ritueel - welke taak immers grotendeels zelfstandig moet worden uitgevoerd - aanvanke-lijk niet opbrengen. De relatie met de therapeut moet hier een centrale plaats in de behandeling innemen; rituele of symbolische handelingen zijn eventueel in een later stadium op hun plaats. Voor de door trauma gecompliceerde rouw (traumatische rouw) van oorlogsgetroffenen kunnen afscheidsrituelen op hun plaats zijn, maar daarbij zijn andere benaderingen, zoals de toepassing van hypnotische tech-

nieken, vaak ook aangewezen (Van der Hart, 1995; Van der Hart, Brown & Turco, 1990).

Het vierde aspect heeft betrekking op het feit dat niet alle huidige problematiek waarvoor oorlogsgetroffenen hulp vragen door onverwerkte rouw en vroegere traumatische ervaringen veroorzaakt worden. Lange (1995), die hierop de aandacht vestigt, wijst er terecht op dat ook wanneer dat wel het geval is verwerking van het verleden niet los gezien moet worden van de aanpak van kwesties in de huidige levenssituatie. In termen van fasengerichte psychotherapie voor rouw- en traumaproblematiek uitgedrukt, gaat het erom aan de verwerkingsfase een fase van stabilisatie en symptoomreductie vooraf te laten gaan (Van der Hart, 1995; Herman, 1993). Soms zal blijken dat de cliënt aan het einde van deze fase aangeeft voldoende van de behandeling te hebben geprofiteerd om het leven weer aan te kunnen. Als blijkt dat de cliënt voldoende stabiliteit, zelfcontrole en ego-sterkte heeft gekregen, doet de therapeut er goed aan deze beslissing te respecteren (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1996). Indien echter de rouw- en PTSS-problematiek nog volop aanwezig lijkt te zijn, gaat het er veel meer om na te gaan wat de beweegredenen van de cliënt zijn om met de behandeling te willen stoppen.

Een groot probleem bij het vaststellen en sluiten van een (voorlopig) behandelingscontact voor rouwtherapie bij oorlogsgetroffenen is hun - begrijpelijke - weerstand om het onverwerkte verleden naar boven te halen. Zij vrezen, niet ten onrechte, dat er veel los zal komen en verwachten daarom er alleen maar slechter aan toe te zullen zijn. (En als de therapie op gang komt, lijkt dat op een gegeven moment ook het geval te zijn.) Zo zij al hulp willen, dan vaak toch graag om hun vrijgekomen herinneringen en emoties weer weg te stoppen.

Mevrouw Vermeulen, met wie gesproken was over afscheidsrituelen als een manier om de dood van haar vader en het oorlogsverleden te verwerken, koos toch maar voor het sluiten van de kast boordevol onverwerkte herinneringen. De besproken schrijftaak voor het verwerken van het verleden inspireerde haar tot een manier om orde in een aantal actuele zaken aan te brengen. De therapeut sloot daarbij aan. Haar zijn idee trachten op te dringen zou een slechte zaak zijn geweest (vgl. Van der Hart, 1984, par. 6.7.6.).

Daarnaast kan de vrees bestaan dat het 'loslaten' van de omgekomen familieleden een vorm van verraad is jegens hen. De weerstand kan ook gebaseerd zijn op het idee dat het erkennen dat hun huidige klachten met de oorlog en het daarin geleden verlies te maken heeft, hetgeen impliceert dat de oorlog, of Hitler of Hirohito, alsnog van hen gewonnen heeft (vgl. Van Santen, 1980). Een niet te verteren gedachte! Wie als oorlogsgetroffene met rouwproblematiek naar een RIAGG wordt verwezen, zo leert onze ervaring, heeft meestal weinig keuze. Hij of zij wordt dan al zo overspoeld door herinneringen aan het verleden en bijbehorende emoties, dat daaraan niet meer te ontkomen is.

Vorbereidingsfase

De voorbereidingsfase is de fase waarin de cliënt nog weinig gestructureerd met de therapeut over zijn verlies kan praten. Het is ook de fase waarin de therapeut vertelt hoe het uitvoeren van een afscheidsritueel de cliënt zou kunnen helpen bij het verwerken van de rouw, dus in het afscheid nemen van degene die er niet meer is. Naast deze oriëntatie is het ook belangrijk de cliënt goed te motiveren tot het ritueel, dat immers een niet geringe inspanning zal eisen en hem emotioneel ook zwaar kan vallen. Niet alleen kunnen heftige emoties jegens de overledene en eventueel degenen die voor zijn dood verantwoordelijk zijn loskomen; de cliënt kan ook heen en weer worden geslingerd tussen gevoelens van hoop en diepe wanhoop. Bovendien is bij oorlogsgetroffenen de kans groot dat zich traumatische herinneringen zullen aandienen. Voorts wordt een verwerkings- en herstelproces gekenmerkt door een golfbeweging, niet door een rechte, opgaande lijn. Dit soort zaken kan in deze fase ook worden megedeeld aan de gezinsleden, op wier steun en medewerking immers een beroep wordt gedaan. Steeds gaat het erom dat voor de cliënt en diens gezinsleden onverwachte ervaringen van tevoren worden benoemd en in een therapeutisch kader worden geplaatst. Gezinsleden kunnen in deze fase ook gestimuleerd worden met elkaar over het verlies te praten, eventueel onder leiding van de therapeut. De voorbereidingsfase wordt afgerond met een definitief behandelingscontract waarin, als therapeut en cliënt het daarover eens zijn, de opzet van het afscheidsritueel en de aard van de samenwerking tussen hen gespecificeerd worden. Als de cliënt aan deze taak begint, dient hij tenminste één gesprekscontact per week met de therapeut te hebben. De cliënt kan

bovendien niet duidelijk genoeg worden verteld dat hij de therapeut kan bellen als dat nodig of wenselijk is. Tal van instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg bieden hiernaast de mogelijkheid van acute opvang in geval van een crisis.

De herordeningsfase

De herordeningsfase is de fase waarin het grootste deel van de verwerking van de rouw en andere traumatische ervaringen plaatsvindt. Als dit proces op gang komt - en dat kan uiteraard al eerder zijn gebeurd - rapporteert bijna iedere cliënt een toenemend aantal dromen met betrekking tot de overledene(n). In dit proces komt meestal een duidelijk herkenbaar dieptepunt voor in de beleving en de gemoedstoestand van de cliënt. Dat is de toestand van diepe wanhoop en depressie, waarin hij beseft de zin van zijn bestaan niet meer aan de overledene(n) te kunnen ontleen en de band met hen los te moeten laten (althans de overledene(n) een minder centrale plaats in zijn leven te laten innemen), terwijl zich nog geen nieuw perspectief of nieuwe zingeving voordoet. Nu kan de wens een eind aan het eigen bestaan te maken, die vaak eerder al op de achtergrond aanwezig was, domineren. Extra steun van de therapeut - onder meer in de vorm van meer frequente contacten, uitleg van het proces en wijzen op het mogelijke verdere verloop, en eventueel medicatie - is vaak nodig om de cliënt zonder onnodige kleerscheuren door deze impasse heen te laten gaan. Tijdens deze fase, of een deel ervan, kan de cliënt bepaalde leefregels in acht nemen, die de rouwperiode afgrenzen van het 'gewone leven'. Deze regels zijn afkomstig uit traditioneel joodse bron (vgl. Evers, 1997; Herman, 1992; Op 't Root, 1988), maar kunnen zeker ook zinvol zijn voor niet-joden. De cliënt kan dan onder meer elke dag of avond een kaars aansteken, zich onthouden van alcohol en vlees; hij neemt niet deel aan feesten of partijtjes, en ontzegt zich diverse luxes of plezierige gebeurtenissen, zoals voor het genoegen in bad gaan, seksuele omgang of naar de kapper gaan.

Om het rouwproces (verder) op gang te laten komen, vraagt de therapeut bij aanvang van deze herordeningsfase aan de cliënt om, als ze er zijn, de voorwerpen te verzamelen die symbolisch zijn voor de relatie die de cliënt had met de overledene. Deze kernsymbolen zijn al eerder aan de orde gekomen; misschien zijn één of enkele daarvan al aan de therapeut in bewaring gegeven. De cliënt wordt nu gestimuleerd met

de resterende voorwerpen anders om te gaan dan voorheen. Hij zou ze bijvoorbeeld meer op de voorgrond kunnen plaatsen. Een foto in een album kan in een lijst op tafel worden gezet. Anders omgaan met deze symbolen impliceert dat veranderingen worden geïnduceerd in het beleven van de cliënt ten opzichte van degene die er niet meer is.

De cliënt kan ook zelf bepaalde dingen maken die als kernsymbool dienen, bijvoorbeeld tekeningen, schilderijen, beeldjes, gedichten of verhalen. Het kan belangrijk zijn om niet alleen te schrijven over de familieleden die de oorlog niet hebben overleefd, maar ook het verhaal over de eigen oorlogservaringen aan het papier toe te vertrouwen.

De cliënt kan ook dingen in de natuur zoeken, zoals een stuk hout, schelpen of vruchten en die eventueel bewerken om de gelijkenis met de persoon in kwestie te vergroten. Bij het zoeken naar dit soort symbolische handelingen gaat het niet zozeer om de vindrijkheid van de therapeut als wel om het opsporen van wat de cliënt zelf passend en zinvol vindt om te doen.

De meest voorkomende manier waarop een symbool van de relatie met de overledene wordt gecreëerd is het schrijven van een zogenaamde doorgaande afscheidsbrief (Rubinstein, 1977; Van der Hart, 1984; vgl. Lange, 1995). Deze taak is bij uitstek geschikt voor cliënten met een conflicted grief syndrome, die aldus de gelegenheid hebben om hun ambivalenties ten opzichte van de overledene te uiten en te integreren. Zijn er meer mensen - bijvoorbeeld beide ouders - van wie hij afscheid moet nemen, dan schrijft hij aan ieder van hen een aparte brief; elk in een apart schrijfblok. Als de cliënt aan één persoon begint te schrijven, blijkt na verloop van tijd vaak dat hij aan andere mensen uit het verleden nog iets te zeggen heeft. De recente rouw heeft de rouw om eerder geleden verlies gereactiveerd. Verschillende rouwprocessen kunnen zo door elkaar lopen en mede door het gebruik van aparte schriften worden gedifferentieerd. De cliënt wordt zich bewust voor wie bepaalde gevoelens - van verdriet of woede bijvoorbeeld - bestemd zijn.

Op een aantal vooraf overeengekomen dagen van de week dient de cliënt op een vaste tijd en een vaste plaats te schrijven: een plaats die over het algemeen niet een plek moet zijn voor prettige en ontspannende zaken. Ook de duur van dit schrijven is van tevoren afgesproken: voor de een is drie kwartier of een uur het maximum, voor een ander een kwartier of een half uur. Als de spanning door de frequentie

en duur van het schrijven te veel stijgt, is het goed het in overleg al dan niet tijdelijk wat rustiger aan te doen. Met de vaste tijd en de vaste plaats wordt aan het schrijven een ritueel karakter toegekend. Er wordt een kader geboden waarin de cliënt zijn emoties kan uiten en verwerken; het verwerkingsproces wordt gekanaliseerd. De plaats kan worden gemarkeerd door bepaalde symbolen - zoals een foto van de overledene - die eventueel na het verrichten van de dagelijkse taak weer worden opgeborgen. Dit kan de cliënt helpen om wat afstand te nemen van zijn rouwtaken en om eventueel weer deel te nemen aan het leven van alledag. De instructie van de vaste tijd heeft ook tot doel te voorkomen dat de cliënt alleen maar schrijft als hij daar zin in heeft en aldus misschien slechts één kant van zijn ambivalente gevoelens aan bod laat komen. Naast deze richtlijnen kunnen ook instructies voor een enigszins aangepaste leefwijze gedurende deze fase worden gegeven - in sommige gevallen zelfs het advies dat de cliënt zich ziek meldt.

De cliënt kan het beste steeds beginnen met het overlezen van reeds geschreven fragmenten. Wat hij daarna schrijft hoeft niet per se nieuw te zijn. Bepaalde boodschappen moeten blijkbaar een aantal keren worden herhaald. Weet de cliënt op een bepaald moment niet wat hij moet schrijven of kan hij niets op papier zetten, dan doet hij er goed aan wel te blijven zitten. Hij hoeft niets te forceren, maar mag als regel ook niet weglopen. Loopt de spanning te hoog op, dan moet dat uiteraard wel mogelijk zijn.

Het is belangrijk, vooral bij een conflicted grief syndrome, dat de cliënt alles opschrijft wat hij degene van wie hij afscheid neemt nog te zeggen heeft. Niet alleen de positieve of negatieve gevoelens, maar de 'volledige boodschap' (Kempler, 1974) moet aan bod komen. Hierbij kan de cliënt een speciale begeleiding van de therapeut nodig hebben. Eventueel leest de therapeut hiertoe relevante passages uit de brief. Het beëindigen van het schrijven van de brief of brieven kan het best in overleg met de therapeut geschieden; als alleen de cliënt deze beslissing neemt bestaat het risico dat hij te vroeg stopt en bijvoorbeeld een pijnlijke ervaring vermijdt. Tekenend dat het einde in zicht is, zijn een verminderde en minder intense preoccupatie met het verleden, dromen die het afscheid nemen van de overledene impliceren en een toenemende belangstelling voor mensen en dingen in het actuele leven. Als dit het geval is wordt het ook tijd dat therapeut en cliënt gaan spreken over een ceremonie waarin plechtig afstand wordt

gedaan van de brieven en waar de andere kernsymbolen formeel een andere plaats in het leven van de cliënt krijgen.

Hypnose en traumaverwerking

De hulp van de therapeut in deze fase moet soms uit meer bestaan dan het begeleiden van de cliënt bij de uitvoering van diens 'huiswerk' in het kader van de rouwverwerking. Soms moet de therapeut de cliënt in een of meer zittingen zelf helpen bij het verwerken van een of meer traumatische gebeurtenissen. Bij het unexpected grief syndroom heeft dit nogal eens betrekking op het moment dat de cliënt de persoon in kwestie zag sterven, of op het moment waarop hij diens verminkte lijk moest aanschouwen. Zoals eerder is aangegeven is dit syndroom dan in wezen *traumatische rouw*, een combinatie van onverwerkte rouw en PTSS. Bij oorlogsgetroffenen kunnen het uiteenlopende gebeurtenissen zijn, zoals een bombardement, de arrestatie, verhoren, martelingen en tal van ervaringen in het kamp. Dergelijke beelden kunnen de cliënt blijven achtervolgen en het schrijven aan de afscheidsbrief of het verrichten van een andere symbolische taak kan hem daar niet altijd van bevrijden. Bij traumatische rouw zal in de regel de aandacht eerst op de PTSS gericht moeten worden. Daarbij gaat het er niet om direct de traumatische herinneringen op te sporen en de cliënt te helpen die te verwerken, als wel om eerst voldoende innerlijke veiligheid te creëren om deze zware taken te kunnen verrichten (vgl. Van der Hart, 1995).

Daartoe geïnspireerd door het werk van Janet (1919; Raymond & Janet, 1898) en door een artikel van Fromm en Eisen (1982) over rouwverwerking in zelfhypnose (overigens niet zonder meer aan te bevelen aan oorlogsgetroffenen) zijn wij hypnose gaan gebruiken voor de verwerking van deze trauma's. Bij het bestaan van een enkelvoudig trauma kan soms een enkele daaraan gewijde hypnosezitting de cliënt zodanig helpen, dat hij bijvoorbeeld de draad van zijn schrijven weer op kan pakken. Bij het bestaan van meer trauma's, zoals dat bij oorlogsgetroffenen vaak het geval is, kan een serie hypnosezittingen op zijn plaats zijn. Geleide fantasieën met betrekking tot het bevorderen van meer ego-sterkte, voor creëren van een innerlijke 'veilige plek' en voor het kunnen 'opbergen' van nog onverwerkte traumatische herinneringen vormen mede de basis voor traumaverwerking. Is deze verwerking op gang gekomen, dan wordt getracht deze zittingen te com-

bineren met daarop aansluitend 'huiswerk' - zoals erover schrijven in de doorgaande brief - door de cliënt.

De heer Postma was net als de andere leden van zijn verzetsgroep tegen het einde van de oorlog verraden en gearresteerd. Hij kreeg net als zij eenzame opsluiting en werd veelvuldig verhoord. De andere leden van zijn groep werden gefusilleerd, maar hij niet omdat hij nog zo jong was. De herinneringen hieraan had hij weggestopt, maar de laatste jaren begonnen zij een wereld te vormen waarin hij in zijn dromen gevangen was. Zij overvielen hem ook meer en meer overdag, bijvoorbeeld als hij langs het vroegere huis van een van zijn kameraden liep. Dan was het verleden plotseling tegenwoordige tijd geworden: een ervaring die hem angstig en suïcidaal maakte. Hij vertelde de therapeut dat hij een tunnel kon zien waardoor hij op zo'n moment in zijn dromen viel: in het domein van zijn doden. De therapeut stelde hem voor in hypnose in die tunnel af te dalen, verbonden via een lijn met hem. Dat voorstel werd met weinig enthousiasme ontvangen, maar hij wist ook niet hoe hij er anders mee om kon gaan. Hij daalde verscheidene keren af en vertelde de therapeut dan wat hij daaronder meemaakte, met alle heftige emoties van dien. Eenmaal terug, weer bij de therapeut in de kamer, vertelde hij nogmaals over wat hij daar beneden had meegemaakt en over zijn gevoelens van verdriet, van schaamte, van schuld, van vriendschap, maar ook van irritatie en woede jegens zijn vrienden die er niet meer waren. De therapeut stelde hem aan het einde van dergelijke zittingen voor om over deze ervaringen thuis verder te schrijven in de vorm van verhalen - de vorm die de cliënt het meest aansprak. Hij schreef zo een aantal schriften vol. Tegen het einde van de therapie nam hij met de therapeut door welke verhalen hij daaruit wilde bewerken Voor zijn kinderen, met wie hij eigenlijk nooit over de oorlog had gesproken. Hij koos ervoor het oorspronkelijke materiaal in een kist op zolder te bewaren.

Het is hier niet de plaats om verder in te gaan op de manieren waarop hypnose kan worden gebruikt voor de verwerking van traumatische ervaringen. Daartoe wordt verwezen naar onder meer Van der Hart (1995). Wel kan hier worden gewezen op twee specifieke kenmerken van hypnose. Het eerste is dat in hypnose gedissocieerd of verdrongen materiaal snel kan worden blootgelegd. Als de cliënt bijvoorbeeld wel

beelden ziet van bepaalde traumatische gebeurtenissen maar de bijbehorende gevoelens gedissocieerd heeft, kan in hypnose de dissociatiebarrière worden opgeheven en een verwerkingsproces op gang worden gebracht. Hierbij is het onder meer bij oorlogsgetroffenen van groot belang om deze barrière niet voortijdig en evenmin in z'n geheel op te heffen. Het tweede kenmerk van hypnose is dat het een kader kan bieden waarbinnen deze verwerking geleidelijk kan plaatsvinden en waarbinnen deze voorlopig kan blijven, als de cliënt er nog niet aan toe is met deze ervaringen buiten de hypnose te worden geconfronteerd. Met andere woorden, bij aanvang van een hypnosezitting wordt de dissociatiebarrière opgeheven om aan het einde daarvan via suggesties voor amnesie weer te worden geïnstalleerd. Een 'permissieve' suggestie als: 'Als je uit hypnose komt, zul je in staat zijn om zoveel met je mee te nemen als je dan onder ogen kunt zien' (Fromm, 1980) is hierop gericht. Voorts kan een beroep gedaan worden op de geleide fantasie van het 'opbergen' van de resterende traumatische herinneringen. Amnesie voor wat in hypnose aan de orde is gekomen kan ondermeer bij gruwelijke concentratiekampervaringen aangewezen zijn. Als de cliënt zelf gaten in zijn geheugen voor deze tijd rapporteert, kan het wijs zijn deze amnesie ten zeerste te respecteren.

De afrondingsfase

Als duidelijk is dat een einde is gekomen aan de herordeningsfase kan de afrondingsfase beginnen. De praktijk leert dat deze fase vaak rechtstreeks aansluit bij de activiteiten die in de herordeningsfase plaatsvonden. Soms echter heeft de cliënt hiervoor meer tijd nodig: innerlijk is het verwerkingsproces nog niet zo ver om de volgende stap te zetten. Dat is iets anders dan het vertonen van vermijdingsgedrag, waarvoor de therapeut de cliënt in de regel moet trachten te behoeven. De afrondingsfase bestaat uit een afscheidsceremonie, een reinigingsrite en een herenigingsritueel. Via een *afscheidsceremonie* wordt op plechtige wijze afstand gedaan van de gemaakte en verzamelde symbolen. Vaak vindt dit plaats in de vorm van een begrafenis, of verbranding en daarna begraven. Ook kunnen bepaalde voorwerpen worden weggegeven, hetzij aan bekenden, hetzij aan onbekenden. Het gaat steeds om het reduceren of stoppen van het contact met die symbolen. Het gewenste effect is het verminderen van de preoccupatie met de overledene. Hiernaast kan het - op een andere manier dan

voorheen - bewaren van bepaalde kernsymbolen ook belangrijk zijn. Een voorbeeld biedt de alleenstaande jonge weduwe die de foto van haar overleden echtgenoot uit haar slaapkamer haalt en een plaats in de woonkamer geeft. Het gaat er beslist niet om dat alle bestaande symbolen moeten verdwijnen en evenmin dat de herinnering aan de overledene uit het bewustzijn van de cliënt moet worden weggevaagd. Vooral bij oorlogsgetroffenen moet ervoor worden gewaakt de indruk te wekken dat dit het doel is. Belangrijk voor hen is juist dat de nagedachtenis aan hun doden in ere wordt gehouden. De waarschuwende woorden van Romanoff en Terenzio (1998) zijn hier op hun plaats: 'It would seem appropriate to acknowledge that for many bereaved, there is a need to maintain an ongoing psychic connection with the deceased, and to support that connection in a healthy, life-affirming fashion.' (p. 707) En wat de materiële herinneringen aan de overlevenden betreft: die zijn er, zoals genoemd, vaak niet of nauwelijks. Afstand van wat wel is overgebleven is niet passend, al zou dat soms juist een concrete andere plaats in het leven van de nabestaande kunnen krijgen. Zo werd de weduwe van een omgekomen man op een gegeven moment geadviseerd diens foto uit haar slaapkamer te halen en een plaats in de woonkamer te geven. Deze symbolische handeling was mede van invloed op het feit dat zij na verloop van tijd een intieme relatie met een andere man kon aangaan en onderhouden. Afscheid nemen van de door henzelf gemaakte kernsymbolen kan voor nabestaanden eventueel wel passend zijn (vgl. Van der Hart, 1992). Soms vinden zij daarvoor een speciale vorm: de publicatie van het boek met het verhaal of de gedichten waarmee iets van het verlies is verwerkt, of de overhandiging van dat verhaal aan de kinderen, opdat die uiteindelijk ook weten wat hun vader of moeder of hun grootouders is overkomen.

Na de afscheidsceremonie kan de cliënt een soort *reinigingsritueel* uitvoeren, bijvoorbeeld in de vorm van een douche of een bad. Hiermee komt de cliënt terug uit de overgangsfase waarin hij tot dan toe verkeerde. Zijn (r)entree in het 'gewone leven' kan daarop worden gevierd met een *herenigingsritueel*, dat vaak in de vorm van een speciale maaltijd met de partner, met het gezin, of met vrienden plaatsvindt. Hiermee wordt symbolisch vorm gegeven aan de belangrijkste relaties in deze nieuwe fase van zijn bestaan. Het belang van zo'n herenigingsritueel kan niet genoeg worden beklemtoond.

De herdenkingsceremonie

Na de afrondingsfase kan de therapie op andere onderwerpen worden gebracht. Als dat niet nodig is, doet de therapeut er wel goed aan toch een aantal follow-up gesprekken met de cliënt af te spreken. Daarin zou ook - en zeker bij oorlogsgetroffenen - het onderwerp van een eventuele herdenkingsceremonie ter sprake kunnen komen. Ook na al het rouwwerk dat de cliënt in het kader van het afscheidsritueel heeft verricht, zal op bepaalde tijden - de meidagen, de verjaardag van de overledene bijvoorbeeld - iets van het verdriet opnieuw worden ervaren. Het is goed bij voorbaat erop te wijzen dat dit een passende ervaring is en dat de cliënt hieraan eventueel ook met een privé-ritueel vorm kan geven (Ter Horst, 1984).

Joodse afscheidsrituelen

Hetgeen waarover gerouwd moet worden door joodse oorlogsgetroffenen is in bepaalde opzichten buiten alle proporties. (Hetzelfde geldt voor zigeuners.) De verliezen die zij geleden hebben zijn het gevolg van een massamoord, die ook voor hen bestemd was en waaraan zij met slechts weinigen zijn ontkomen. Naast al dat verlies hebben zijzelf vaak op tal van andere manieren geleden onder die vervolging. Voor hun doden zijn geen begrafenisrituelen gehouden, graven zijn er niet en concrete kernsymbolen vaak evenmin.

Herman (1992) heeft beschreven hoe hij als psycholoog én rabbijn in de therapie voor joodse oorlogsgetroffenen een beroep kon doen op traditionele joodse rouwrituelen en symbolen, die ook voor de niet-religieuze cliënt een speciale betekenis kregen en vaak ook op een unieke wijze door hen werden uitgevoerd. Het ging onder meer om het *kaddish* (het gebed van de stervende) zeggen, *Eyl Maleh Rachamin* (een gebed dat tijdens de begrafenis en de verjaardagen van de overledene wordt gezegd), de *keriah* (het scheuren van een kledingstuk), de *Shivah* (de eerste zeven dagen van rouw waarin niet aan het gewone leven wordt deelgenomen en steun van anderen wordt ontvangen), het branden van kaarsen. Na deze traditionele rituelen, waaraan de cliënt, gegeven zijn omstandigheden, op een unieke wijze vorm gaf, kon Herman hem adviseren een formele overlijdensdatum vast te stellen en - in een enkel geval - een bezoek te brengen aan het concentra-

tiekamp waarin zijn familieleden zijn vermoord. Een speciaal afrondingsritueel is het planten van bomen in Israël ter ere van de overleden familieleden. Deze bomen hebben, in de termen van Turner (1977; vgl. Van der Hart, 1984, p. 277), het karakter van *flow symbols*: zij geven enerzijds iets van 'het verleden' aan, maar hebben anderzijds ook op de toekomst betrekking: zij verbinden beide op een positieve manier. Het planten geeft voor de cliënt de overgang van de ene naar de andere ervaringstoestand weer. Veel van Hermans cliënten leidden vóór hun therapie mede door hun onverwerkte rouw een vrij geïsoleerd bestaan. Herman hielp hen tenslotte vaak ook om meer aansluiting te vinden bij de joodse gemeenschap en in hun leven van alledag een aantal symbolen uit de joodse traditie te incorporeren.

Discussie

1. *Therapeutische afscheidsrituelen*

De hier beschreven therapeutische afscheidsrituelen vormen geen exclusieve benadering van rouwtherapie. Therapeutische afscheidsrituelen worden hier enerzijds gepresenteerd als een therapeutische benadering waarbinnen de rouwverwerking kan plaatsvinden en anderzijds als specifieke symbolische handelingen die de cliënt binnen dit kader kan uitvoeren. Afscheids- en verwante rituelen, in de zin symbolische handelingen, kunnen ook binnen anders georiënteerde therapieën worden uitgevoerd of daarop een belangrijke aanvulling vormen. De benadering van Herman (1992) is hiervan een voorbeeld. Zijn gebruik van traditionele joodse rouwrituelen vindt plaats in een intensieve gesprekstherapie die gebaseerd is op Freudiaanse en Jungiaanse principes en vindt tweemaal per week plaats gedurende tenminste tien maanden. Voorts kan creatieve therapie een zeer welkome aanvulling vormen op de hier beschreven benaderingen (vgl. Wertheim, 1991).

Het onverwerkte verleden van oorlogsgetroffenen omvat vaak zoveel meer aspecten dan alleen onverwerkte rouw. Daarom wordt het hier beschreven schema van afscheidsrituelen ook door mijzelf in de rouwtherapie voor oorlogsgetroffenen vaak veel minder strak gehanteerd dan anders het geval is. Het gebruik van hypnose voor de verwerking van diverse traumatische ervaringen vormt daar een voorbeeld van. Met betrekking tot de behandeling van traumatische herinneringen bespreken Van der Hart en Boon (1995) indicaties en con-

tra-indicaties voor afscheidsrituelen en vergelijkbare schrijfoopdrachten dan wel voor explorerende hypnotische technieken.

Ook al wordt hier in dit kader een welomschreven schema van afscheidsrituelen gepresenteerd, het gaat er in de praktijk steeds om de cliënt die behoefte heeft aan een meer dan alleen verbale expressie van zijn rouwverwerking, de voor die expressie passende mogelijkheden te bieden.

2. Huiswerk

Een specifiek kenmerk van de hier beschreven directieve benadering is het *huiswerk*, dat de cliënt zelfstandig uitvoert. Het schrijven van een doorgaande afscheidsbrief is daar een voorbeeld van. Naast de tijdsbesparing voor de therapeut en de daarmee eventueel gepaard gaande kostenbesparing van de cliënt, zijn er nog andere voordelen. In het huiswerk kan de cliënt zelf, in zijn eigen tempo, de inhoud van het therapeutische proces bepalen. Daardoor leert hij zich openstellen voor innerlijke en soms onbewuste processen die in het contact met de therapeut anders niet aan bod zouden komen (Eisen & Fromm, 1983). De therapeut kan daar in de zittingen bij aansluiten en suggesties geven die de eigen werkzaamheden van de cliënt bevorderen of vergemakkelijken. De ervaring met niet-oorlogsgetroffenen leert dat dan de overdracht meestal wordt beperkt (vgl. Gersons, 1992) tot een functionele positieve overdracht, waarin de cliënt de adviezen van de therapeut kan aanvaarden als waren zij afkomstig van een aardige en beschermende ouder. Naarmate de verwerking van ernstige traumatische ervaringen meer in de aanwezigheid van de therapeut moet plaatsvinden - en bij oorlogsgetroffenen is dat vaak zo - is van een dergelijke beperking van de overdracht meestal geen sprake. Ook de kans op een niet-functionele tegenoverdracht is dan groter.

3. Rituelen in wijder verband

De hier beschreven therapeutische afscheidsrituelen hebben een plaats binnen individuele psychotherapie. Herman (1992) gaf aan hoe elementen van tradionele joodse rituelen binnen een dergelijk therapeutisch kader een plaats kunnen krijgen. Tegelijkertijd kan een dergelijk gebruik van traditionele symbolen en rituelen joodse oorlogsgetroffenen voor sommigen een besef van verbondenheid met het jodendom geven. Over het algemeen kan de toepassing van afscheidsrituelen in psychotherapie voor oorlogsgetroffenen de weg vrijmaken om

met anderen te delen in de algemene rouw- en herdenkingsrituelen, zoals dat bijvoorbeeld gebeurt op 4 mei, 1 november (katholieke dodenherdenking) en 13 februari (Russisch-Orthodoxe dodenherdenking).

Van der Kolk, McFarlane en Van der Hart (1996) merken op dat trauma-overlevenden er baat bij hebben bepaalde acties te ondernemen die een overwinning op hulpeloosheid en wanhoop symboliseren. Deelname aan de 5 mei-viering is er een voorbeeld van, evenals het hierboven genoemde planten van bomen ter ere van degenen die er niet meer zijn. Het schrijven voor familie of een ruimer lezerspubliek van een verhaal of boek over degenen die er niet meer zijn, staat ook in het teken van het herstel van verbondenheid en continuïteit. Het ondernemen van politieke actie en het helpen van andere slachtoffers of overlevenden zijn andere voorbeelden waarin eigen lijden getransformeerd wordt tot solidariteit.

Dit artikel is een geactualiseerde versie van 'Rituelen in rouwtherapie: hun mogelijkheden in de behandeling van oorlogsgetroffenen' dat verscheen in: J. Dane (red.), *De praktijk van de hulpverlening aan oorlogs- en andere geweldsgetroffenen*, Lisse: Swets en Zeitlinger, 1986, pp. 43-59.

Literatuur

Bowlby, J., *Loss: Sadness and depression*. Londen: The Hogarth Press, 1980.

Bowlby-West, L., 'The impact of death on the family system', in: *Journal of Family Therapy* vol. 5 (1983) pp. 279-294.

Bramsen, I., *The longterm psychological adjustment of World War II survivors in the Netherlands*. Delft: Eburon, 1995.

Bugen, L.A., 'Human grief: A model for prediction and intervention', in: *American Journal of Orthopsychiatry* vol. 47 (1977) pp. 196-206.

Ebbers, J., 'De rol van gezinsleden bij een afscheidsritueel', in: O. van der Hart (red.), *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Eisen, M.R. en E. Fromm, 'The clinical use of self-hypnosis in hypnotherapy: Tapping the functions of imagery and adaptive regression', in: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* vol. 31 (1983) pp. 243-255.

Evers, R., *Geen bloemen, wel bezoek: een analyse van rouwverwerking vanuit de Joodse theorie en praktijk*. Kampen: Kok, 1997.

Fromm, E., 'Values in hypnotherapy', in: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* vol. 17 (1980) pp. 425-430.

Fromm, E. en M. Eisen, 'Self-hypnosis as a therapeutic aid in the mourning process'. In: *American Journal of Clinical Hypnosis* vol. 25 (1982) pp. 3-14.

Gersons, B.P.R., 'Afweermechanismen en afscheidsrituelen', in: O. van der Hart (red.), *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Gorer, G., *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. Londen: Tavistock Publications, 1965.

Hart, O. van der, *Rituelen in psychotherapie: Overgang en bestendiging*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.

Hart, O. van der (red.), *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Hart, O. van der, 'Symbolen in afscheidsrituelen', in: O. van der Hart (red.), *Afscheidsrituelen: Achter blijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Hart, O. van der (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 3e herz.dr. 1995.

Hart, O. van der en S. Boon, S., 'Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen', in: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

Hart, O. van der, P. Brown en R.N. Turco, 'Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated', in: *American Journal of Clinical Hypnosis* vol. 32 (1990) 4, pp. 263-271.

Hart, O. van der en J. Ebbers, 'Afscheidsrituelen in de behandeling van gezinnen met rouwproblemen', in: *Handboek gezinstherapie* vol. 7 Deventer: Van Loghum Slaterus., 1987.

Hart, O. van der en W. Op den Velde, 'Traumatische herinneringen', in: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Herman, J.L., *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1993.

Herman, S., 'Veertig jaar later: rouwverwerking na de holocaust', in: O. van der Hart (red.), *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Horst, W. ter, *Over troosten en verdriet*. Kampen: Kok, 1984.

Hugenholtz, P.Th., 'De factoren bij de instandhouding van de psychosociale problematiek van oorlogsgetroffenen', in: J. Dane (red.), *Keerzijde van de bevrijding*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.

Janet, P., *Les médications psychologiques*, vol. 2, *Les économies psychologiques*. Parijs: Félix Alcan, 1919.

Jong, J.T.V.M. de en M.M. van Schaik, 'Culturele en religieuze aspecten van rouw- en traumaverwerking naar aanleiding van de Bijlmerramp', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 36(1994) 4, pp. 291-303.

Keijser, J. de, *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Proegfschrift, Universiteit Utrecht, 1997.

Keijser, J. de, P.A. Boelen en J. van den Bout, 'Schrijfopdrachten, therapeutische rituelen, systeeminterventies, creatieve therapie en andere interventies', in: J. van den Bout, P.A. Boelen en J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Kempler, W., *Gestalttherapie voor het gezin*. Haarlem: De Toorts, 1974.

Kissane, D.W. en S. Bloch, 'Rouwverwerking in het gezin', in: *Gezinstherapie* vol. 7 (1996) 4, pp. 419-448.

Kolk, B.A. van der, A.C. McFarlane en O. van der Hart, 'A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder', in: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane en L. Weisaeth (eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, 1996.

Krystal, H., 'Integration and self-healing in posttraumatic states', in: *Journal of Geriatric Psychiatry* vol. 14 (1981) 165-189.

Lange, A., 'Directieve psychotherapie bij oorlogsgetroffenen', in: J. Dane (red.), *Keerzijde van de bevrijding*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.

Lange, A., 'Gestructureerde schrijfopdrachten in families van getraumatiseerde patiënten. Wanneer, hoe en waarover', in: *Systeemtherapie* vol. 7 (1995) 4, 205-218.

Musaph, H., 'Anniversary reaction as a symptom of grief in traumatized persons', in: *Oorlog, verlies en verwerking*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1995.

Parkes, C.M. en R.S. Weiss, *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books, 1983.

Ramsay, R.W., 'Rouwtherapie. De gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen', in: J.E.G. Orlemans (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.

Rando, T.A., *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press, 1993.

Raymond, F. en P. Janet, *Névroses et idées fixes* vol. 2. Parijs: Félix Alcan, 1898.

Romanoff, B.D. en M. Terenzio, 'Rituals and the grieving process', in: *Death Studies* vol. 22 (1998) pp. 697-711.

Root, J.M.H. op 't, 'De betekenis van het rouwritueel in de joodse traditie', in: *Metamedica* vol. 67 (1988) 6, pp. 373-384.

Rubinstein, T.H., *Persoonlijke mededeling*, 1977.

Rynearson, E.D., 'Psychological adjustment to unnatural dying', in: S. Zisook (red.), *Biopsychological aspects of bereavement*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.

Schreuder, J.N., *Nachtmerries van de oorlog: Een onderzoek naar nachtelijke herbelevingen van psychotraumatische oorlogservaringen*. Delft: Eburon, 1996.

Santen, L. van, *Laatste oproep*. Bussum: Agathon, 1980.

Selvini-Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin en S. Prata, 'The treatment of children through brief treatment of their parents', in: *Family Process* vol. 13 (1974) pp. 429-442.

Szafran, A.W., 'Rouw zonder einde. Klinische aspecten', in: *Georganiseerd geweld: Rouw zonder einde*. Symposium, Bussel, 21 november 1991. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, 1992.

Tas, L.M., 'Blijvend ondergedoken als opschorting van rouw', in: *ICODO-info* vol. 9 (1992) 2, pp. 46-52.

Tempe, J. de, 'Rouwen, rouwtherapie en rouwtherapie', in: O. van der Hart (red.), *Afscheidsrituelen: Achterblijven en verdergaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Turner, V.W., 'Variations on a theme of liminality', in: S.F. Moore en B.G. Myerhoff (red.), *Secular ritual*. Assen: Van Gorcum, 1977.

Volkan, V.D., *Linking objects and linking phenomena*. New York: International Universities Press, 1981.

Wertheim-Cahen, T., *Getekend bestaan. Beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht: ICODO, 1991.

Wilson, A. en E. Fromm, 'Aftermath of the concentration camps. The second generation', in: *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* vol. 10 (1982) pp. 289-313.

Worden, J.W., *Verdriet en rouw: Gids voor hulpverleners en therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Wortman, C.B. en R. Cohen Silver, 'Mythen over het verwerken van verlies', in: *Psychotherapeutisch Paspoort* vol. 7 (1990) pp. 3.35-3.62.