



Doodsangst en spijt als bronnen van herstel

Quin van Dam beschrijft hoe therapeuten doodsangst kunnen herkennen, wat helpt om deze angst te bespreken en welke belemmeringen zij daarbij kunnen ondervinden. Vervolgens schetst hij hoe groeps therapie patiënten met spijtgevoelens kan helpen om met een milde blik te reflecteren op hun verleden en te exploreren wat in de nabije toekomst voor hen van waarde is.

Door Quin van Dam

Jan: 'Het had niet veel gescheeld of ik had hier niet gezeten, ik zat in een euthanasietraject en wilde alleen nog maar dood.'

Sophie: 'Gelukkig dat je er nog bent.'

Jan: 'Ja, dat vind ik nu ook, achteraf voelt het heel verwarrend dat het zover met me is gekomen. Ik voerde gesprekken met een therapeut en zij vond dat ik mezelf nog een kans moest geven.'

De overige deelnemers zwijgen, kijken naar de grond en draaien onrustig op hun stoel, zij lijken zich niet goed raad te weten met de euthanasiewens van Jan en daarvan weg te willen.

Therapeut: 'Ik merk dat de doodswens van Jan jullie een onrustig en gespannen gevoel geeft. Ik kan me voorstellen dat jullie van tijd tot tijd ook gedachtes over de dood hebben, ook al ben je niet van plan er een eind aan te maken. Herkennen jullie dat?'

De confrontatie met de doodswens van Jan brengt bij de overige groepsleden een onrustig en gespannen gevoel teweeg. Vermoedelijk denken zij regelmatig aan de dood en verlangen zij daar soms naar als ze hun leven als uitzichtloos beleven. Tegelijkertijd is er de neiging om de dood naar de achtergrond te dringen. De therapeut herkent de spanning die de confrontatie met de dood teweegbrengt en nodigt de groepsleden uit hun belevingen en angsten daarover te delen.

In het voorbeeld van Jan komt de dood expliciet ter sprake. Dat is niet altijd het geval, vaak gaat doodsangst schuil achter andere angsten en zorgen. Daarom is het nodig om als therapeuten alert te zijn op de signalen van doodsangst bij patiënten en deze angst te exploreren. Meestal moeten we de dood zelf ter sprake brengen, omdat deze anders onbesproken blijft.

De gesprekken over de dood bieden de groepsleden de mogelijkheid om hun gevoelens en overtuigingen over de dood te onderzoeken en terug te blikken op hun leven. In veel gevallen staan spijt, zelfverwijt en verdriet over niet gebruikte mogelijkheden en gemiste kansen op de voorgrond. Deze spijt brengt soms heftige doodsangst teweeg, maar kan ook een bron van herstel vormen en hen aanmoedigen open te staan voor wat in de toekomst nog mogelijk is.

In deze bijdrage belicht ik eerst wat doodsangst is, hoe deze herkend kan worden, wat helpt om deze angst te bespreken en welke belemmeringen therapeuten daarbij onderkennen. Vervolgens laat ik zien op welke wijze groepstherapie patiënten met spijtgevoelens kan helpen met milde blik te reflecteren op hun verleden en te exploreren wat in de nabije toekomst voor hen van waarde is. Voor een bespreking van de individuele psychotherapie van spijt verwijs ik naar een recent verschenen artikel in *PsyXpert* (Van Dam, 2024).

Doodsangst

Het besef van onze sterfelijkheid en de reële bedreiging van ons bestaan kan op alle leeftijden doodsangst oproepen. Die angst manifesteert zich in een onrustig, gespannen gevoel of in de aanhoudende gedachte dat

onzelf of onze naasten iets zal overkomen. Doodsangst neemt toe als mensen zich bedreigd voelen, hun gevoel van veiligheid verliezen en naar hun idee geen controle hebben over angstwekkende zaken (Kastenbaum, 2014).

In de klinische praktijk onderscheiden we *primaire* en *secundaire* doodsangst. We spreken van primaire of existentiële doodsangst als de dood een reële bedreiging van het bestaan vormt door bijvoorbeeld een ernstige ziekte bij jezelf of een naaste, een ongeluk, een suïcidepoging of ander zelfbeschadigend gedrag. In dat geval is er dus een duidelijke actuele aanleiding voor de doodsangst (Van Dam, 2021).

Secundaire doodsangst vloeit voort uit de innerlijke betekenis die aan de dood wordt toegekend. Deze angst kan bijvoorbeeld optreden als iemand zich overmatig schuldig voelt en de angst ontwikkelt dat hij in het hiernamaals in de hel komt.

Deze primaire en secundaire doodangsten komen meestal in combinatie voor (Van Dam, 2021). Zo is Carla, 35 jaar en moeder van twee jonge kinderen, ongeneeslijk ziek en bang voor haar stervensproces (primaire doodsangst). Daarnaast maakt zij zich ernstig zorgen (secundaire doodsangst) om haar kinderen: 'Wie zorgt er voor hen als ik er niet meer ben?'

De inhoud van de secundaire doodsangsten is uiterst persoonlijk. Dat blijkt ook uit het onderzoek van Mikulincer en Florian (2008), die de betekenis van de dood onderzochten aan de hand van de vragenlijst (31 items) 'Fear of personal death'. Ter illustratie toon ik enkele items uit de vertaalde (QvD) Angst voor mijn dood-vragenlijst.

De dood beangstigt mij omdat:

1. Ik onvoldoende uit het leven heb gehaald
2. Gebeurtenissen zonder mij plaatsvinden
3. De band met geliefden wordt verbroken
4. Familieleden en vrienden verdriet hebben
5. Mijn ik vernietigd wordt en verloren gaat
6. Ik onzeker ben over mijn bestaan na de dood

Factoranalyse leverde drie elkaar gedeeltelijk overlappende dimensies op: *intrapersoonlijke*, *interpersoonlijke* en *transpersoonlijke* zorgen over de dood (Mikulincer en Florian, 2008). De items 1 & 2 vallen onder de intrapersonlijke dimensie. Zo is Lucie, 26 jaar en recent afgestudeerd, angstig dat als zij nu dood gaat al haar toekomstplannen onuitgevoerd blijven.

Tot de dimensie interpersoonlijk behoren de items 3 & 4. De bezorgdheid van de zojuist genoemde Carla om haar kinderen behoort daartoe. Bij transpersoonlijke zorgen (zie de items 5 & 6) zijn mensen bang voor wat er gebeurt ná de dood (angst voor het onbekende) of voor bestraffing in het hiernamaals. Deze angst overheerst bijvoorbeeld bij Karel, 78 jaar, die streng gelovig werd opgevoed en vreest voor een afrekening van zijn aardse leven in het hiernamaals.

Herkennen van doodsangst

Juist omdat doodsangst lang niet altijd bewust wordt beleefd, is het voor groepstherapeuten belangrijk om alert te zijn op signalen. Een overzicht van de literatuur toont verschillende kenmerken en aanleidingen voor doodsangst (Lehto & Stein, 2009). Uit dit overzicht destilleerde ik zes vragen die kunnen helpen om een beeld te krijgen van de bewuste en onbewuste doodsangst bij een patiënt (Van Dam, 2019).

1. Is er een adaptief of disadaptief besef van de dood?

Tijdens de cognitieve ontwikkeling leren kinderen orde en structuur aan te brengen, onduidelijkheden en onzekerheden te verdragen en bedreigende situaties te taxeren. Als kinderen een concreet en realistisch besef van de dood ontwikkelen, dan wordt dit besef onderdeel van hun cognitieve structuur en is de dood minder bedreigend (Lehto & Stein, 2009). Ze beseffen dat de dood *universeel* is, dat wil zeggen dat elk levend wezen uiteindelijk doodgaat, en dat het moment waarop de dood toeslaat *onvoorspelbaar* is. Bovendien begrijpen ze dat het dode lichaam dan verkeert in een *onomkeerbare* en *niet-functionele staat*, dat wil zeggen dat alle levensfuncties voorgoed stoppen (Corr & Corr, 2013).

Ontbreekt dit adaptieve en realistische doodsbesef dan kunnen primitieve en magische angsten blijven bestaan die ook (universeel, onvoorspelbaar, onomkeerbaar en niet-functionele staat) op latere leeftijd van invloed zijn. Dat speelt bijvoorbeeld bij een 87-jarige vrouw die van haar huisarts eist dat zij een mobiele telefoon in haar doods-kist krijgt voor het geval zij toch weer tot leven komt. Zij mist het besef dat haar dood onomkeerbaar is. Haar behandelaar legt uit dat deze angst stoelt op een gedachte uit de kindertijd: 'We gaan dood, maar kunnen ook terugkomen.' Naast deze psycho-educatie benadrukt hij dat de dood altijd door een onafhankelijk arts wordt vastgesteld om er zeker van te zijn dat de persoon in kwestie is overleden en alle levensfuncties voorgoed gestopt zijn.

2. Beïnvloeden actuele gebeurtenissen de mate van doodsangst?

Een omgeving met veel stress en potentiële bedreigingen, zoals de coronapandemie, een

oorlog of een andere onvoorspelbare situatie, kan ook (primaire) doodsangst teweegbrengen. Dat geldt evenzeer voor confrontaties met sterven en dood in privé- of werksituaties (Lehto & Stein, 2009).

Ook deelnemers aan een groepstherapie, die rouwen over het verlies van een naaste, kunnen zelf doodsangst ervaren door het toegenomen besef van de eigen sterfelijkheid. Yalom (2008) benadrukt daarom dat de therapeut oog dient te hebben voor doodsangst bij rouwende patiënten, een volgens hem onderschatte component van de rouwverwerking.

Doodsangst tijdens een worsteling met belangrijke levenskeuzes kan worden gezien als angst voor het leven

3. Hoe beïnvloeden vroegkinderlijke ervaringen de mate van doodsangst?

Doodsangst is op latere leeftijd heviger als er in de kindertijd sprake is van emotionele verwaarlozing en een gemis aan veilige emotionele bindingen. Maar bij langdurige blootstelling aan stress raakt doodsangst juist op de achtergrond en wordt deze minder bewust beleefd (Lehto & Stein, 2009). Zo vertelde een 62-jarige vrouw over het vele lichamelijke geweld in het ouderlijke gezin. Toen haar therapeut informeerde naar doodsangst, bleek dat zij als volwassene wel gepreoccupeerd was met de dood, maar zonder daarbij veel angst te ervaren. Zij beleefde de dood vooral als een mogelijke

ontsnapping aan haar akelige bestaan. Pas toen ze ernstig ziek werd, besepte ze hoezeer ze hechtte aan het leven. Dit besef hielp haar de fatalistische houding te laten varen en te proberen zoveel mogelijk uit het leven te halen (Van Dam, 2021).

4. Brachten eerdere identiteitsontwikkelingen een toename van doodsangst teweeg?

Overgangsfasen in de identiteitsontwikkeling leiden vaak tot een toename van doodsangst. Zo ervaren studenten die worstelen met belangrijke levenskeuzes meer doodsangst dan studenten die richting geven aan hun bestaan. Deze vorm van doodsangst kan daarom ook gezien worden als angst voor het leven. Mensen van middelbare en oudere leeftijd vertonen meer doodsangst als zij met weinig voldoening en veel spijt terugkijken op hun leven, en onvoldoende betekenis en richting kunnen geven aan hun huidige bestaan (Lehto & Stein, 2009). Dit zien we in het volgende voorbeeld.

Ted, 54 jaar, 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 behandelaar besluit door te vragen op doodsangst. Ted blijkt inderdaad angstig dat het leven plotseling ophoudt. Eerst gaat de behandelaar in detail met hem na wat er voorafging aan het ontslag. Door deze analyse wordt hem duidelijk dat zijn als 'natuurverschijnsel' ervaren ontslag niet willekeurig was, maar volgde op een periode waarin hij niet goed functioneerde. Aan de hand daarvan bespreekt de behandelaar de op dit moment irreële grond voor de doodsangst – Ted is immers lichame-

lijk gezond en loopt ook anderszins geen uitzonderlijk gevaar. Ook bespreekt hij dat er meestal iets aan voorafgaat als iemand overlijdt. Deze uitleg helpt Ted zijn denkwijze enigszins te veranderen en de angst te hantieren (Van Dam, 2017).

Stress en doodsangst kunnen ook optreden bij andere overgangssituaties, zoals pensioenering, verhuizing naar een verzorgingstehuis en bij het einde van een groepstherapie. Ook bij kroonjaren, zoals 40, 50, 60 of 70 jaar, kunnen beleefde discrepanties tussen wat men wilde bereiken en wat men daadwerkelijk heeft bereikt tot een verheviging van de doodsangst leiden. Zo is de 70-jarige Irene verbitterd over het gemis aan kinderen. Zij uitte aan het begin van haar huwelijk regelmatig haar kinderwens, maar liet zich daarvan afleiden door de aarzelende houding van haar man die de beslissing daarover steeds uitstelde. Achteraf spijt het haar dat zij de directe confrontatie vermeid en te weinig opkwam voor haar kinderwens.

5. Welke invloed hebben culturele en religieuze overtuigingen op het besef van de dood?

Onderdeel van de cognitieve structuur is ook de betekenis die aan de dood wordt toegekend. Culturele en religieuze overtuigingen hebben, afhankelijk van een belonende of straffende beschrijving van het hiernamaals, een positieve of negatieve invloed op doodsangst (Lehto & Stein, 2009).

Karel, die ik hiervoor al noemde, is nog actief als wetenschappelijk onderzoeker en afkomstig uit een streng calvinistisch milieu. Hij komt met een onrustig, angstig en gespannen gevoel in de therapie sessie. Als de behandelaar deze

gevoelens met hem onderzoekt, blijkt dat hij angstig is voor de naderende dood en de afrekening door God. Als kind leerde hij dat je moest woekeren met je talenten. Voor zijn meest recente boek heeft hij nog geen uitgever gevonden. Mocht hij nu sterven, dan zal God hem straffen omdat hij niet het uiterste uit zijn talenten heeft gehaald (Van Dam, 2021).

De socioculturele vorming beïnvloedt zo dus de cognitieve, experiëntiële en mogelijk ook emotionele aspecten van doodsangst. In de westerse maatschappij is ontkenning van de dood bijvoorbeeld de overheersende houding. Dit kan ertoe leiden dat we de confrontatie met zieken en ouderen liever vermijden. Sekseverschillen blijken ook een rol te spelen: uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat vrouwen meer doodsangst rapporteren dan mannen (Lehto & Stein, 2009). Een mogelijke verklaring is dat vrouwen als gevolg van hun sociaal culturele ontwikkeling meer gevoelens toelaten en ook meer oog hebben voor relaties. Daardoor voelen zij de angst om de ander te verliezen sterker, en beseffen zij beter wat hun eigen dood voor anderen kan betekenen (Kastenbaum, 2014).

6. Hoe hanteerde de patiënt eerdere confrontaties met de dood en doodsangst?

Vaak dringen we doodsangst grotendeels naar de achtergrond. Deze adaptieve reactie voorkomt dat we in het dagelijks leven verlamd raken door angst en dreiging. Op onbewust niveau kan de doodsangst echter nog steeds zijn invloed doen gelden, al kunnen zelfvertrouwen en het vermogen richting te geven aan het eigen bestaan de impact daarvan verminderen (Lehto & Stein, 2009). Doodsangst kan ook een bron van motivatie vormen. Yalom (2008) adviseert om de pijn

van de eindigheid te verzachten door te streven naar een vorm van symbolische onsterfelijkheid. Dat kan op drie manieren. In de eerste plaats door te beseffen dat we tijdens ons leven als een steen in het water rimpelingen veroorzaken: na onze dood leven we voort in anderen, zoals onze kinderen, vrienden en mensen met wie we hebben gewerkt. Ten tweede door te investeren in emotionele relaties en verbindingen aan te gaan. Als laatste raadt hij aan alles uit het leven te halen, zodat er niets voor 'hem' – de dood – wordt overgelaten.

Het is van groot belang dat de therapeut de ruimte schept om de angst zorgvuldig te exploreren

Als groepstherapeuten in het contact met patiënten alert zijn op deze zes aandachtspunten en signalen van doodangst opmerken, dan kunnen zij die als startpunt gebruiken voor een verdere exploratie.

In groepstherapie

Als iemand zich meldt met (primaire) doodsangst of verschijnselen daarvan toont, is het nuttig om te onderzoeken of er een concrete aanleiding is die de latente doodsangst heeft gestimuleerd, zoals een faillissement, verlies, een ongeluk, pensionering, werkloosheid of het naderende verlies van een naaste.

Anna, 29 jaar, ongehuwd, meldde zich met depressieve klachten, vermijdende trekken en

een negatief zelfbeeld. Dankzij deelname aan AFT-groepstherapie voelt zij zich niet meer somber, durft zij haar vermijdende afweer los te laten en staat zij positiever ten opzichte van zichzelf en anderen. Onlangs kondigde zij haar afscheid van de groep aan. In de zitting daarop is zij angstig om ongeneeslijk ziek te zijn en binnenkort te zullen sterven. Als de therapeut informeert of er onlangs iets ingrijpends is gebeurd, vertelt Anne dat zij in de afgelopen week hoorde dat haar vader (63) uitgezaaide darmkanker heeft. De groep informeert naar de relatie met haar vader. Anna weet niet goed wat zij voor hem betekent, zij voelt zich niet gezien door hem. Aangemoedigd door de groep vat zij de moed op om daarover met haar vader te praten. In de zitting daarop laat Anna weten dat haar vader spijt betuigde over zijn afwezige houding tijdens haar kinderjaren en zijn liefde voor haar uitte. Anna voelt zich blij en oplucht door deze erkenning. De angst om ongeneeslijk ziek te zijn is echter nog steeds aanwezig. De therapeut geeft psycho-educatie en legt uit dat deze angst een bekend verschijnsel is bij de naderende dood van een naaste: deze confronteert haar met haar eigen sterfelijkheid en kan de latent aanwezige doodsangst verheven. Het inzicht in deze samenhang geeft veel opluchting. Anna beseft dat er geen reële aanleiding is om te verwachten dat zij binnenkort zal sterven.

Bij de exploratie van de angst en de betekenis van de dood past een ontvankelijke en geïnteresseerde houding. Dit betekent dat je als therapeut probeert te begrijpen hoe de patiënt vanuit zijn cultuur en persoonlijke geschiedenis de dood beleeft. Het is dan ook van groot belang dat de therapeut de ruimte schept om de angst zorgvuldig te exploreren. Deze vragen worden ook wel aangeduid als

'trage vragen'. Ze zijn niet gericht op een oplossing, maar op gezamenlijk onderzoeken en bespiegelen. Dat kan bijvoorbeeld als volgt (Van Dam, 2024):

Betekenis van de dood

Hoe zie je de dood, wat wordt daarmee afgebroken? Wat betekent je dood voor je naasten, hoe zullen ze op je terugkijken? Wie zal het na je dood vooral zwaar hebben en waarom? Zijn er belangrijke personen overleden, welke herinneringen heb je aan hen en wat betekent het verlies voor je?

Ervaren van spijt

Waarvan heb je spijt? Hoe stond je toen in het leven? Hoe kijk je daarop terug? Wat is belangrijk voor je in de tijd die je nog hebt? Hoe kun je dat realiseren?

Ideeën over een leven na de dood

Wat gebeurt er met je ziel of geest? Leef je ergens voort? Verwacht je een oordeel over je leven op aarde?

Verlangen naar de dood

Sinds wanneer verlang je naar de dood? Is er toen iets gebeurd of veranderd voor je? Wat mis je in je huidige leven? Hoe werd daarin vroeger voorzien? Met wie had je toen contact en wat betekende dat voor je en voor de ander? Hoe is dat nu? Wat is er nodig om plezier in je leven te krijgen? Wat betekent een zelfgekozen levenseinde voor je? Geeft de keuze een gevoel van vrijheid en regie, maakt het je angstig of voel je je ertoe verplicht?

Bij patiënten met suïcidale gedachten is er in veel gevallen een mengeling van doodsangst en doodswens. In eerste instantie zullen therapeuten inschatten hoe groot het risico

van suïcide is. Daarnaast kunnen zij de doodswens exploreren door patiënten te vragen waar zij van weg willen, hoe zij de gedachte aan de dood beleven en hoe zij denken dat het voor achterblijvers zal zijn als zij er niet meer zijn.

Deze vragen bieden patiënten de mogelijkheid te vertellen over hun belevingswereld, de aanleidingen om dood te willen en hun teleurstellingen in het leven. Als therapeuten en groepsleden daar open op ingaan en belangstelling tonen, zullen patiënten zich vrijwel altijd erkend voelen in hun emotionele worsteling. Dit leidt vaak tot een hernieuwde verbinding met het leven (Van Dam, 2021).

Belemmeringen bij psychotherapeuten

Voor de meeste psychotherapeuten is het niet vanzelfsprekend om met patiënten over de dood te praten, omdat zij daarin niet geschoold zijn. Van huis uit ontwikkelden zij meestal geen taal voor de dood en in de opleiding deden zij geen kennis en kunde op om deze levensvragen samen met hun patiënten te onderzoeken (Van Dam, 2017; Van Dam, 2021).

Bovendien hebben we als behandelaars net als iedereen te maken met de angst voor onze eigen dood. Dat kan een confrontatie met doodsangst bij onze patiënten lastig maken. Zo kunnen we zelf in verwarring raken over onze doodsangst. Of we vereenzelvigen ons te veel met de patiënt, vooral wanneer die ongeneeslijk ziek is en ons qua leeftijd niet veel ontloopt. Of we voelen ons totaal machteloos (Van Dam, 2017; Van Dam, 2021).

De dood roept niet alleen bij onze patiënten, maar ook bij ons als therapeuten dus vaak intense gevoelens op, zoals in de volgende casus zichtbaar wordt.

Saskia begeleidt als psychotherapeut de 56-jarige, terminaal zieke Marc en zijn gezin (vrouw en drie puberkinderen). Zij gaat regelmatig op huisbezoek en bespreekt de gevoelens en angsten van de verschillende gezinsleden en helpt hen zich voor te bereiden op de naderende dood van Marc. Regelmatig voelt zij zich echter machteloos, onrustig en gespannen. Zo kwelt zij zich met de gedachte dat zij te weinig voor dit gezin kan doen en neemt zij het zichzelf kwalijk dat zij geniet van het weekend met haar gezin, terwijl Marc en zijn vrouw en de drie pubers met zoveel verdriet kampen. Daarnaast is Saskia regelmatig bang dat haarzelf of haar gezin iets zal overkomen.

Deze gevoelens bespreekt zij in de supervisie. De bespreking van haar machteloosheid en schuldgevoelens helpt haar zich te realiseren dat zij overmatige eisen aan zichzelf stelt en vindt dat zij meer moet kunnen dan menselijk gezien mogelijk is. Zij beseft hoe beperkt zij is: zij kan het verdriet, de pijn en de angst van het gezin van Marc niet wegnemen. Met haar betrokkenheid en aanwezigheid doet zij voldoende (Aschermann & Van Dam, 2021; Van Dam, 2021).

Daarnaast krijgt zij zicht op haar eigen doodsangst dat haar of haar gezin iets zal overkomen. De naderende dood van Marc confronteert haar met haar eigen sterfelijkheid en die van haar partner en haar kinderen (Aschermann & Van Dam, 2021).

Juist als we ons openstellen voor de fysieke en emotionele pijn van patiënten die worstelen met de naderende dood, kunnen we gevoelens van onmacht, schuld, tekortschieten en doodsangst ervaren (Arbore, Katz & Johnson, 2016). Het is nuttig om deze tegenoverdrachtsgevoelens in intervisie of supervisie te bespreken, om zo te ontdekken welke

gevoelens de patiënt bij ons oproept en hoe we die kunnen begrijpen en hanteren. Ontkennen we onze tegenoverdrachtsreacties, dan kan dat ertoe leiden dat we overbetrokken reageren of juist afstand nemen. In dat geval schaden we het contact met de patiënt (Arbore, Katz & Johnson, 2016; Aschermann & Van Dam, 2021).

Spijt

Als we met patiënten hun gedachtes, fantasieën en gevoelens over de dood bespreken, maakt de paniekerige angst – die vaak leidt tot vermijding – in veel gevallen plaats voor een minder angstige reflectie op de dood. Vaak blikken patiënten met veel schaamte, zelfverwijt en spijt terug op eerdere periodes in hun leven. Zij ervaren spijt over verkeerde keuzes, niet gebruikte mogelijkheden en over gemiste kansen.

De doodsangst is meestal heviger als zij met weinig voldoening en veel spijt terugkijken op hun leven: zij beleven hun leven als mislukt en hebben de gedachte dat zij niets kunnen nalaten (Yalom, 2008).

Top vijf van spijtgevoelens

Waarvan hebben mensen aan het eind van hun leven vooral spijt? Als hospiceverpleegkundige sprak Ware (2012) veel terminale patiënten. Uit de gesprekken met hen destilleerde zij de volgende top vijf van spijtgevoelens (Ware, 2012; Steiner, 2012):

1. Ik zou willen dat ik mijn eigen leven had geleid en niet voortdurend wilde voldoen aan andermans verwachtingen.

Deze vorm van spijt kwam het meeste voor. Als mensen zich realiseren dat hun leven bijna voorbij is en ze erop terugkijken, is het

gemakkelijk te zien hoeveel dromen on-
vervuld zijn gebleven. De meeste mensen
hadden niet eens de helft van hun dromen
verwezenlijkt en moesten sterven in de
wetenschap dat dit te wijten was aan keuzes
die ze wel of juist niet hadden gemaakt.
Bovendien merkten zij op dat gezondheid
een vrijheid oplevert die je vaak pas beseft
als die er niet meer is. Zo conformeerde
Grace, een 73-jarige vrouw, zich sterk aan
haar ouderlijk milieu en later aan haar part-
ner. Toen hij overleed wilde ze avontuurlijke
reizen gaan maken. Zij werd echter ongenees-
lijk ziek en kwam daar niet meer aan toe.

2. Ik zou willen dat ik niet zo hard had
gewerkt.

Deze spijt werd vooral geuit door mannen die
achteraf gezien de kameraadschap met hun
partner misten en beseften dat zij hun kin-
deren niet zagen opgroeien. Zij merkten op
hoezeer zij zich in hun leven lieten leiden
door externe bevestiging en angstig waren
die los te laten. Dit gold bijvoorbeeld voor
John, 88 jaar oud. Zijn werk betekende veel
voor hem, het gaf hem bevestiging en erken-
ning: zijn professionele identiteit was zijn
identiteit. Zijn partner wilde na zijn pensio-
nering graag samen met hem grote reizen
maken. John stelde de beslissing om te
stoppen echter vijftien jaar lang uit. Toen
hij eindelijk de knoop doorhakte, werd zijn
partner ongeneeslijk ziek.

3. Ik zou willen dat ik de moed had gehad
om mijn gevoelens meer te uiten.

Velen onderdrukten hun gevoelens om de
lieve vrede te bewaren, bleven emotioneel
op afstand en durfden hun ware aard niet te
tonen. Soms leidde dat tot fysieke klachten
als gevolg van de opgekropte bitterheid en

wrok die zij met zich meedroegen. Zo zorgde
Jozef, slachtoffer van de Holocaust, in
materieel opzicht goed voor zijn partner en
gezin, maar bleef hij emotioneel op afstand.
Aan het eind van zijn leven had hij veel spijt
dat zij hem niet werkelijk kenden.

4. Ik zou willen dat ik contact met mijn
vrienden had gehouden.

Velen waren zo in beslag genomen door hun
drukke leven (werk, eigen gezin) dat ze in de
loop der jaren waardevolle vriendschappen
lieten schieten. Het speet hen dat ze aan
deze vriendschappen niet de benodigde tijd
en moeite hadden besteed. Aan het einde
van hun leven misten zij deze vrienden.

5. Ik zou willen dat ik mijzelf meer geluk
had gegund.

Deze vorm van spijt komt verrassend veel
voor. Velen bleven vastzitten in belemme-
rende oude patronen en gewoonten. Uit
angst voor verandering klampten zij zich
vast aan het 'comfortabele' vertrouwde en
bekende en hielden ze zichzelf en anderen
voor dat ze tevreden waren, terwijl ze er diep
van binnen naar verlangden om weer eens te
genieten van (kleine) gelukkige momenten.
Zij waren er echter van overtuigd dat zij dit
niet verdienden: geluk was niet voor hen
weggelegd. Reflectie op deze innerlijke over-
tuiging hielp hen deze strenge kant of over-
matige zelfkritiek te relativiseren en open te
staan voor positieve signalen.

Dit speelde bijvoorbeeld bij Odette, 73 jaar
en gescheiden, die wist te ontsnappen aan
een gewelddadig huwelijk. In de jaren daarna
ontwikkelde zij zich tot een succesvolle
zakenvrouw en bleef zij hard en streng voor
zichzelf en voor anderen. Zij deelde orders
uit en genoot van de macht die zij over ande-

ren had. Daarmee ketste zij liefdevolle aandacht af. Die verdiende zij voor haar gevoel niet. In het hospice joeg zij met haar agressieve uitbarstingen regelmatig verzorgers

Gebrek aan authenticiteit vormt een gemeenschappelijke factor in de top vijf van spijtgevoelens

haar kamer uit. Pas toen een verzorger haar woede verdroeg en aanwezig bleef, verzachtte zij en durfde zij zich over te geven aan haar verdriet. Zij kon zich laten troosten en besepte dat ze zich niet schuldig hoefde te voelen als ze genoot van deze aandacht. Het speet haar enorm dat ze zichzelf niet eerder in haar leven deze ruimte had gegund (Ware, 2012; Steiner, 2012).

Het gebrek aan authenticiteit (trouw blijven aan jezelf) vormt een gemeenschappelijke factor in deze top vijf van spijtgevoelens. Daarnaast blijkt dat mensen bij een terugblik op hun leven de verbinding met anderen missen en beseffen hoe bang ze zijn geweest om zich kwetsbaar op te stellen (Van Dam, 2024). Groepstherapie kan helpen om deze spijtgevoelens te vertalen in een daadwerkelijke verandering.

Spijt in groepstherapie

Spijt leidt meestal tot veel zelfverwijt, schaamte en gepieker over gemiste kansen. Maar spijt kan ook worden gezien als een drang naar herstel in de relatie die iemand

met zichzelf en met anderen heeft. Om dit te bereiken helpen therapeuten patiënten los te komen van hun zelfverwijt en met een milde blik naar zichzelf te kijken door terug te gaan naar een concreet moment uit het verleden: hoe stonden zij op dat moment in het leven en waartoe waren zij in staat?

Deze terugblik toont patiënten meestal ook wat zij wél bereikt hebben. Aansluitend kunnen zij onderzoeken wat voor hen van waarde is en waarop zij hun aandacht willen richten. Deze stappen zien we bij Jan, die ik aan het begin van dit artikel al noemde.

Jan, 28 jaar, worstelt met heftige doodsangst als reactie op het overlijden van zijn vriend Cas. Vanaf het moment dat hij hoorde dat Cas ongeneeslijk ziek was, vermeed Jan het contact met hem, omdat hij niet wist hoe te reageren. In de groep toont hij spijt over zijn afwezige houding en verwijt hij zichzelf dat hij zo 'stompzinnig en onhandig' is in het contact. Als de therapeut en de groep met Jan terugblikken op zijn verleden en de oorsprong van zijn afwezige houding onderzoeken, realiseert hij zich dat hij is opgegroeid in een kil en streng gelovig gezin waarin geen enkele ruimte was voor warmte en gezelligheid. Toen hij op zijn achttiende uit het kerkgenootschap stapte, verbraken zijn ouders en familie het contact met hem. In die tijd was Cas een belangrijke steun en toeverlaat voor hem. Als de therapeut Jan vraagt terug te gaan naar een concreet moment uit die periode, voelt Jan opnieuw hoe vreselijk eenzaam en verdoemd hij zich voelde. Dankzij hard werken en een hoog plichtsbesef hield hij zichzelf staande. De terugblik helpt hem te beseffen dat hij niet leerde om op een betrokken en warme wijze met anderen om te gaan: hij moest vooral leven volgens christelijke geboden en verboden. Bovendien wordt

Jan zich ervan bewust dat hij in de situatie met de ziekte van Cas niet bij machte was om anders te handelen: hij ziet zijn beperktheid onder ogen. Hij staat zichzelf nu enige mildheid toe en is ontvankelijk voor de betrokkenheid van de groepsleden. Zijn harde zelfkritiek over zijn afwezigheid bij Cas verandert in een reëel schuldgevoel.

Deze terugblik en toegenomen mildheid dragen bij aan een positieve waardering van zijn capaciteiten. Zo heeft hij met zijn inzet en doorzettingsvermogen op maatschappelijk terrein al veel bereikt. Bovendien toonde hij moed en veerkracht door zonder steun van zijn familie afstand van het geloof te nemen. Zijn spijt over het gemiste contact met Cas helpt hem nu om te onderzoeken wat van waarde is. Hij kiest ervoor om meer tijd en energie te besteden aan vriendschappen en de emotionele band met hen te versterken. De groepstherapie biedt hem talrijke mogelijkheden om sociaal-emotionele vaardigheden te ontwikkelen. Hij kan dan leren om meer aanwezig te zijn en open te staan voor zijn eigen mogelijkheden, gevoelens en behoeften, en die van anderen.

Kortom: de gevoelens van spijt gaan meestal over wat het volgende hoofdstuk in het levensverhaal zou kunnen zijn en over de tijd die nog resteert tot aan de dood. Ze vragen ook niet per se om grootse daden. Iemand kan gewoon doorgaan met zijn leven, maar daarin dan veel meer aanwezig zijn vanuit een integere relatie tot zichzelf, anderen en de natuurlijke wereld (Van Dam, 2024).

Nieuwe perspectieven

Kort samengevat gaat doodsangst vaak schuil achter andere angsten en zorgen.

Daarom is het nodig om als groepstherapeuten alert te zijn op de signalen van doodsangst bij onze patiënten, en deze te exploreren. Daarbij kan de Angst voor mijn doodvragenlijst (Mikulincer & Florian, 2008; vert. QvD, zie bijlage) nuttig zijn om het gesprek over de dood op gang te brengen.

Vaak moeten we deze thematiek zelf ter sprake brengen, omdat deze anders onbesproken blijft. Dit impliceert dat we ook onze eigen doodsangst onder ogen zien, zodat die geen hindernis opwerpt in het contact (Van Dam, 2021).

Als we de gevoelens rond de dood op een helpende manier bespreken, biedt dat vaak nieuwe perspectieven. Veel patiënten worstelen met spijtgevoelens over niet gebruikte mogelijkheden en gemiste kansen. Niet zelden veroordelen zij zichzelf en schamen zij zich voor deze 'misstappen' in het verleden (Van Dam, 2024).

Groepstherapie kan hen helpen met een milde blik naar zichzelf te kijken, door terug te gaan naar een concreet moment uit het verleden en te exploreren hoe zij destijds in het leven stonden en wat dat betekende voor hun keuzevrijheid. Vaak helpt dit patiënten hun zelfkritiek los te laten en meer zelfcompassie te ontwikkelen.

Meestal volgt dan ook meer trots en waardering voor wat hen wel gelukt is en hoe zij dat bereikten. Vanuit deze mildheid kunnen zij exploreren wat nu en in de nabije toekomst van waarde is en hoe zij daaraan daadwerkelijk en op authentieke wijze betekenis willen geven. Dan wordt ook duidelijk hoe doodsangst en spijt met elkaar samenhangen: zij bieden ons lessen over het verleden en helpen ons open te staan voor een leven dat nog niet geleefd is.

Dr. Quin van Dam (www.quinvandampsychotherapie.nl), klinisch psycholoog, AFT-therapeut, supervisor en docent, werkt in eigen praktijk te Reeuwijk. Hij publiceerde het handboek *Affectfobietherapie in de praktijk* en artikelen over AFT, afweer en weerstand en over existentiële doodsangst. Op PsyFlix verzorgt hij webinars over AFT, doodsangst en zingeving.

Refereren aan:

.....

Dam, Q. van (2024). Doodsangst en spijt als bronnen van herstel. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(3), p. 17-29.

Literatuur

.....

Aschermann, F.M. & Dam, Q. van (2021). Psychotherapie bij een stervende patiënt; dilemma's en mogelijkheden in de terminale fase. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 47, p. 42-53.

Arbore, P., Katz, R.S. & Johnson, T.A. (2016). Suffering and the caring professional. In: R.S. Katz & T.A. Johnson, *When professionals weep. Emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care*, p. 11-23. New-York: Routledge.

Corr, C.A. & Corr, D.M. (2013). *Death & Dying, Life & Living*. 7th. ed. Wadsworth: Cengage learning.

Dam, Q.D. van (2024). Het ongeleefde leven. Doodsangst en spijt als bronnen van herstel. *PsyXpert*, maart, p. 24-30.

Dam, Q.D. van (2021). Doodsangst bij ouderen. De rol van de behandelaar in de laatste levensfase. *Senior – Tijdschrift voor kwaliteitsvolle ouderenzorg*, juni, p. 3-10.

Dam, Q.D. van (2019). Doodangst en doodsverlangen bij ouderen. Een existentieel-psychoanalytisch behandelperspectief. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 24(2), p. 115-126.

Dam, Q.D. (2017). De vele gezichten van doodsangst herkennen en bespreken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43, p. 399-408.

Kastenbaum, R.J. (2014). *Death, society and human experience*, 7th ed. Harlow: Pearson education limited.

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, p. 23-41.

Mikulincer, M. & Florian, V. (2008). The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimensional model of Victor Florian. In: Tomer, A., Eliason, G. T. & Wong, P.T.P. *Existential and spiritual issues in death attitudes*. (p. 39-64). New York: Taylor & Francis.

Steiner, S. (2012). Top five regrets of the dying. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2012/feb/01/top-five-regrets-of-the-dying>.

Ware, B. (2012). *The top five regrets of the dying*. London: Hay House.

Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon in kijken*. Amsterdam: Balans.

.....

Angst voor mijn dood-vragenlijst

Vertaling (QvD) van: *The fear of personal death scale* (Mikulincer & Florian, 2008).

De dood beangstigt mij omdat...

1. Mijn creatieve activiteiten stoppen	ja	nee
2. Mijn plannen en activiteiten worden stil gelegd	ja	nee
3. Mijn spirituele activiteiten eindigen	ja	nee
4. Mijn denkvermogen stopt	ja	nee
5. Ik onvoldoende uit het leven heb gehaald	ja	nee
6. Ik het leven moet loslaten	ja	nee
7. Ik gebeurtenissen in de toekomst mis	ja	nee
8. Ik genoodzaakt word levensdoelen te realiseren	ja	nee
9. De band met geliefden wordt verbroken	ja	nee
10. Ik het plezier in het leven kwijtraak	ja	nee
11. Mijn afwezigheid niet gevoeld wordt	ja	nee
12. Gebeurtenissen zonder mij plaatsvinden	ja	nee
13. Ik vergeten word	ja	nee
14. Mijn verlies geen pijn doet bij hen die mij na staan	ja	nee
15. Ik diep in de aarde begraven lig (ik tot stof geworden ben)	ja	nee
16. Het leven zonder mij door gaat	ja	nee
17. Ik verlies aan menselijke gelijkenis	ja	nee
18. Dit het lot is van het lichaam	ja	nee
19. Mijn gezin mij nodig heeft	ja	nee
20. Familieleden niet over het verdriet heen komen	ja	nee
21. Familieleden en vrienden verdriet hebben	ja	nee
22. Ik niet meer voor mijn gezin kan zorgen	ja	nee
23. Ik onzeker ben over wat ik kan verwachten	ja	nee
24. Ik onzeker ben over mijn bestaan na de dood	ja	nee
25. Het mysterieus is	ja	nee
26. Er zoveel onbekends mee gepaard gaat	ja	nee
27. Mijn lichaam uiteen valt (ontbindt)	ja	nee
28. Mijn ik vernietigd wordt en verloren gaat	ja	nee
29. Ik in een toestand van eindeloze slaap blijf	ja	nee
30. Mijn persoonlijkheid vernietigd wordt	ja	nee
31. Ik in het hiernamaals gestraft word	ja	nee