



PAUL BOELEN, JOS DE KEIJSER EN GEERT SMID

Rouw na de Vliegkamp Oekraïne

Individuele gevolgen van traumatisch verlies

In deze bijdrage wordt ingegaan op psychische reacties op traumatische verliezen. Daarbij wordt vooral ingegaan op de Vliegkamp Oekraïne. Waarom is deze ramp zo enorm ingrijpend? Wat voor psychische reacties kunnen voorkomen in de nasleep van deze ramp? Wanneer kunnen we spreken van psychische stoornissen? En wat voor psychologische zorg is geïndiceerd wanneer van deze stoornissen sprake is?



Traumatisch verliezen

Op 17 juli 2014 kwamen bij de Vliegcramp Oekraïne 298 mensen om het leven, onder wie 196 mensen met de Nederlandse nationaliteit. Door deze ramp zijn honderden mensen plots nabestaande geworden. Deze mensen verschillen in de verliezen die zij hebben geleden en zijn verbonden in de tragische gebeurtenis die tot deze verliezen leidde.

De verliezen van slachtoffers van de MH17-ramp zijn traumatische verliezen. Het begrip traumatisch verlies verwijst naar verliezen die meer dan een gewoonlijk risico op (langdurige) psychische klachten bij nabestaanden met zich meebrengen. Het gaat daarbij veelal, maar niet uitsluitend, om overlijdens in de context van gewelddadige of niet-natuurlijke omstandigheden. Voorbeelden zijn verlies door suicide, ongevallen, rampen of levensdelicten, en verliezen ten gevolge van oorlog, terrorisme of andere geweldsituaties. Traumatisch verlies is een arbitraire term. Een verlies door moord is ontegenzeggelijk traumatisch. Minder eenduidig is dat voor suicides; die zijn soms zeer traumatisch en in andere gevallen minder, bijvoorbeeld wanneer een zelfdoding op enigerlei wijze vooraf besproken is met dierbaren. De aard van en het aantal 'traumatogene elementen' (waaronder mate van gewelddadigheid, onverwachtheid, betrokkenheid van een dader) van een verliessituatie is bepalend voor de mate waarin een verlies traumatisch kan worden genoemd.

Ingrijpende aspecten van de Vliegcramp Oekraïne

De toedracht en nasleep van de Vliegcramp Oekraïne hebben diverse kenmerken die zeer belastend kunnen zijn voor nabestaanden. Bijvoorbeeld: verweven met de *toedracht* zijn de onverwachtheid en willekeur van het sterven van naasten en het feit dat alle verliezen strikt genomen voorkomen hadden kunnen worden. Er is onzekerheid over wat dierbaren in de laatste momenten voor hun sterven hebben ervaren en meegemaakt (Hebben ze het neerstorten bewust meegemaakt? Hebben ze geleden?) die voeding kan geven aan akelige gedachten en beelden. Ook verweven met de toedracht is het ingrijpende moment dat slachtoffers hoorden dat hun dierbare om het leven gekomen was.

In de *nasleep* zijn er justitiële, financiële, en materiële vraagstukken die voeding geven aan onzekerheid, frustratie en boosheid. Er is media-aandacht. Die biedt enerzijds erkenning voor het leed. Maar anderzijds brengt die met zich mee dat persoonlijke verliezen min of meer 'collectief bezit' worden en dat het moeilijk is om aan de ramp te ontsnappen, er even niet aan te denken. Reacties uit de eigen sociale omgeving kunnen steunend maar ook belastend zijn, bijvoorbeeld wanneer tactloze opmerkingen worden gemaakt over schadevergoeding en wanneer de betekenis van verliezen geminimaliseerd wordt ('Er zijn mensen die hun kind hebben verloren. Jij bent gelukkig alleen je zus kwijt'). De afwezigheid van een (ongeschonden) lichaam blokkeert de mogelijkheid om dit persoonlijke afscheid te markeren; het collectieve leed wat slachtoffers delen

krijgt enige ruimte in de collectieve herdenkingsmomenten (zie de bijdrage Van Holsappel & Dückers in dit nummer). Voor het individuele leed moet een uitweg worden gevonden in persoonlijke afscheidsrituelen.

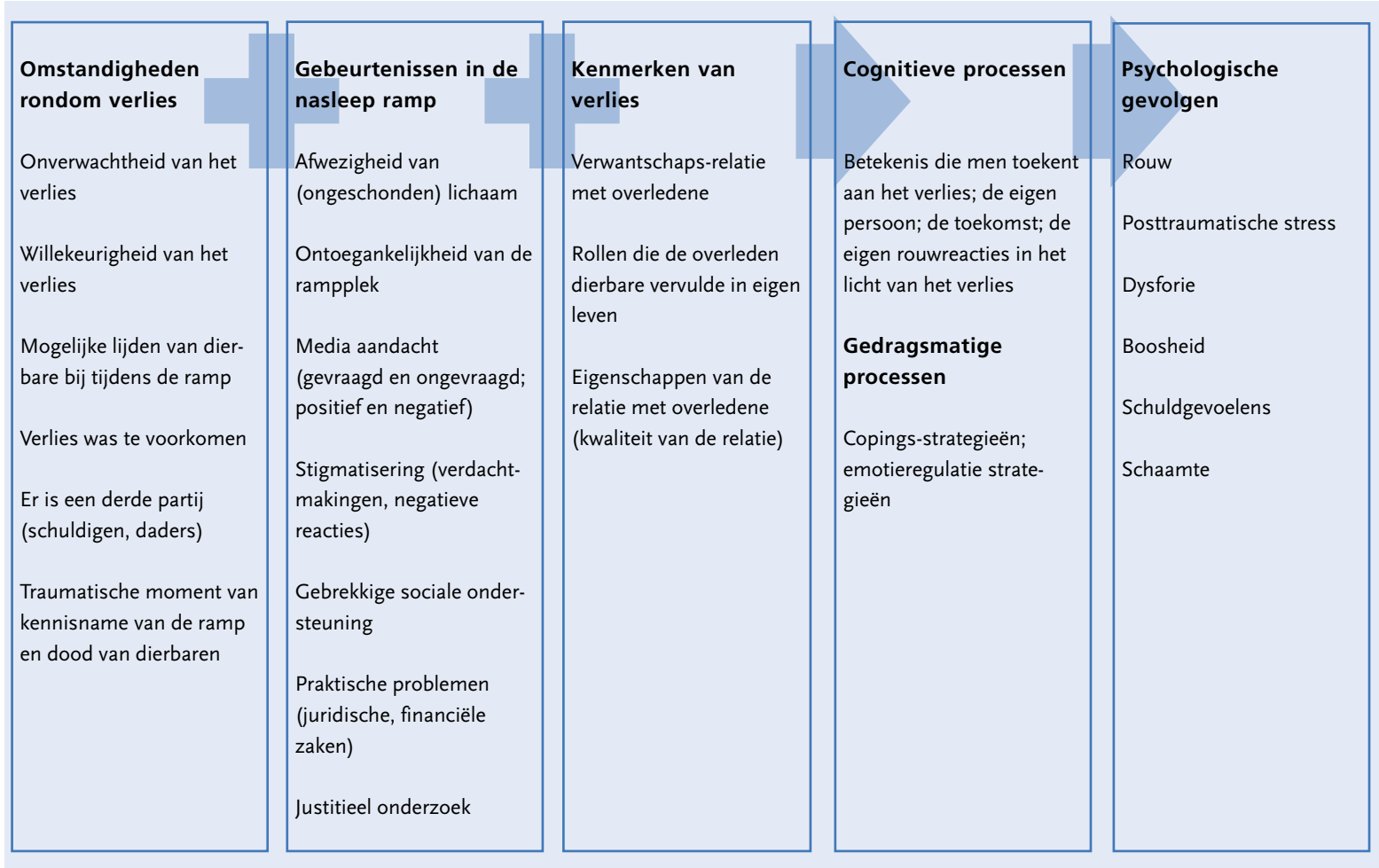
Kenmerken van de verliezen die nabestaanden hebben geleden zijn ook van invloed op de gevolgen ervan. Zo wordt de rouw beïnvloed door de verwantschapsrelatie met de dierbare (het verlies van een kind of partner heeft een ander effect dan het verlies van een vriend of collega) en door kenmerken van de relatie (was de relatie goed, of bestonden onuitgesproken problemen?). Ook de hoeveelheid verliezen beïnvloedt de rouw; het verliezen van meerdere dierbaren betekent een vermenigvuldiging van het leed.

De emotionele gevolgen van de Vliegcramp Oekraïne worden medebepaald door het samenspel tussen kenmerken van de toedracht, kenmerken van het geleden verlies, en kenmerken van de nasleep van de ramp. Hoe dit samenspel van factoren uiteindelijk doorwerkt in psychologische reacties wordt beïnvloed door betekenissen die nabestaanden aan de ramp en haar gevolgen toekennen en de manier waarop zij omgaan met al deze gevolgen. In Figuur 1 is dit schematisch weergegeven.

Psychische reacties en stoornissen

Verschillende reacties kunnen zich voordoen in de eerste maanden na de ramp. In Tabel 1 zijn enkele reacties weergegeven. Die reacties zijn op zichzelf niet indicatief voor een 'verstoorde verwerkingsproces of psychische stoornis. Pas wanneer verschillende van deze reacties voor

Figuur 1 - Samenspel van factoren en doorwerking in psychologische reacties



langere tijd aanhouden, steeds intenser worden, gepaard gaan met veel lijdensdruk en beperkingen in het functioneren kan van zo'n

stoornis gesproken gaan worden. Psychische stoornissen die het vaakst worden waargenomen in de context van traumatisch verlies, zijn de

Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS), posttraumatische stress stoornis (PTSS), en depressieve stoornis.

Tabel 1 – Mogelijke reacties op traumatisch verlies

	Gevoelens	Gewaarwordingen	Gedachten	Gedrag
Rouw	Gemis; verlangen; verdriet; onwerkelijkheidsgevoelens (derealiserende, depersonalisatie).	Golven van verdriet en pijnlijk besef van verlies; onomkeerbaarheid van levendige herinneringen aan overleden dierbare; menen de dierbare te zien, horen (hallucinatoire ervaringen).	'Het kan niet waar zijn dat hij/zij nooit meer terugkomt'.	Opzoeken van stimuli/situaties die gevoel van nabijheid van overledene geven; vermijden van stimuli/situaties die doen denken aan onomkeerbaarheid van dood.
Post-traumatische stress	Angst; waakzaamheid; rusteloosheid; boosheid.	Plots opkomende (intrusieve) beelden van de ramp/nasleep van de ramp/moment van kennismaking van overlijden van dierbare; (ingebeelde) beelden van laatste momenten/het lijden van de dierbare.	'De wereld is onveilig'; 'De wereld is onvoorspelbaar'; 'Ik heb geen controle over dingen die gebeuren'; Repetitieve gedachten over ongedaan maken van onrecht (vergelding, wraak).	Vermijden van stimuli/situaties die doen denken aan de ramp (bv. vermijden van kranten, televisie); Prikkelbaarheid/agressief gedrag.
Depressie	Somberheid; anhedonie; vervlakking; afwezigheid van positieve gevoelens; hulpeloosheid; hopeloosheid.	Herbelevingen van negatieve levensgebeurtenissen voor de ramp (verbonden met negatieve cognities over de eigen persoon, momenten van falen).	Negatieve gedachten over eigen persoon ('Ik ben minder waard sinds verlies'); schuld ('...'); hopeloosheid ('Mijn leven wordt niet beter').	Stoppen van sociale, recreatieve, werk-/studie-gerelateerde activiteiten; veel/heel weinig slapen; veel/heel weinig eten.

PCRS is een nieuw concept in de DSM-5 (APA, 2013). Van PCRS is sprake indien aan de volgende criteria wordt voldaan (zie Hengeveld, 2014):

- *Criterion A*: de persoon heeft de dood meegevoelt van iemand met wie een hechte relatie bestond;
- *Criterion B*: de persoon heeft minstens één jaar na het verlies vaker wel dan niet last van intense hechtingsreacties als verscheurend verlangen en zoekgedrag;
- *Criterion C*: de persoon heeft minstens één jaar na het verlies vaker wel dan niet last van verschijnselen van 'reactief lijden' (waaronder moeite het verlies te accepteren, verdoving, vermijdingsgedrag) en 'ontwrichting van het sociale leven van de eigen identiteit' (blijkend uit onder meer de wens om te sterven, ontzetting, betekenisloosheid, moeite activiteiten op te pakken);
- *Criterion D*: het totaal van symptomen gaat gepaard met klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen;
- *Criterion E*: symptomen zijn buiten proportie opzichte van, of onverenigbaar met, culturele, religieuze of bij de leeftijd passende normen.

PTSS wordt gekenmerkt door een samenspel van herbelevingen over het trauma (o.a. plotse levendige beelden, nachtmerries), vermijdingsreacties (o.a. vermijding van interne en externe stimuli die herinnering aan het trauma oproe-

pen), negatieve veranderingen in cognitieve processen (o.a. negatieve gedachten over de eigen persoon, andere mensen, of de wereld sinds het trauma) en stemming (o.a. emotionele vervlaking) en symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (o.a. prikkelbaarheid, waakzaamheid). Depressie wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een aanhoudende depressieve stemming en/of verminderde interesse en plezier in (voorheen betekenisvolle, vervullende) activiteiten, gecombineerd met andere verschijnselen zoals verminderde eetlust, slaapproblemen, gevoelens van waardeloosheid of schuld, concentratieproblemen, en terugkerende gedachten aan de (eigen) dood.

Vóórkomen van psychische stoornissen

Hoe vaak komen deze stoornissen voor na traumatische verliezen? Onderzoeken naar prevalentiecijfers hebben tot nu toe plaatsgevonden in heel verschillende populaties, zijn gebaseerd op verschillende omschrijvingen van gecompliceerde rouw/PCRS en PTSS en hebben gebruikgemaakt van heel verschillende onderzoeksmethoden (interviews, vragenlijsten). Daarom zijn geen precieze uitspraken te doen over prevalentie. Onderzoeken met vragenlijsten hebben laten zien dat de prevalentie van klinisch significante gecompliceerde rouw/PCRS kan oplopen tot zo'n 80% na verliezen door moord, ongevalen, en suïcide (Dyregrov et al., 2003). Shear et al. (2011) ondervroegen mensen die verlies hadden geleden door de orkaan Katrina (in 2005, ruim 1800 doden) met telefonisch interviews en vonden dat zo'n 18,5% leed aan matig tot ern-

stige gecompliceerde rouw/PCRS. Bonnano et al. (2006) onderzochten PTSS na 9/11; in telefonische interviews een half jaar na 9/11 kwam naar voren dat 11,2% van de mensen van wie een vriend of familielid was omgekomen bij de ramp leed aan PTSS. Interessant genoeg had 53,9% of maar 1 PTSS-verschijnsel wijzend op een veerkrachtige reactie. Op grond van deze laatste twee onderzoeken is aannemelijk dat zo'n 10% tot 20% van de mensen geconfronteerd met traumatisch verlies emotionele stoornissen ontwikkelt als gecompliceerde rouw/PCRS, PTSS, en depressie.

Begeleiding en behandeling

De Vliegcramp Oekraïne heeft honderden mensen tegelijk geconfronteerd met het verlies van dierbaren. De bizarre toedracht van de ramp en omstandigheden in de nasleep ervan voegen diverse ingrijpende elementen toe aan de persoonlijke verliezen die op zichzelf al zeer aangrijpend zijn. In de directe nasleep van de ramp is belangrijk dat nabestaanden de ruimte krijgen hun verhalen en gevoelens te delen, dat geluisterd wordt naar hun vragen en vanuit verschillende geleidingen in de maatschappij gepaste antwoorden op deze vragen worden gegeven. Wanneer praktische, juridische en financiële vraagstukken meer op de achtergrond raken en steun vanuit de sociale omgeving luwt zal de pijn van het verlies meer op de voorgrond komen te staan. De meeste mensen zullen goed van deze pijn herstellen. Voor hen zal het leven nooit meer helemaal hetzelfde zijn als vóór 17 juli 2014 maar zij zullen goed in staat zijn om 'om hun verdriet heen te

leren leven' en betekenisvolle activiteiten voort te zetten.

Een minderheid zal op termijn mogelijk vastlopen in de verwerking en psychische problemen ontwikkelen. Er zijn diverse onderzoeken die hebben getoond dat cognitief gedragstherapeutische interventies voor deze groep geïndiceerd zijn. Hiertoe behoren de navolgende interventies:

- *Cognitieve therapie*: het opsporen en bewerken van negatieve, extreme niet-helpende cognities over de eigen persoon ('Ik ben niets waard sinds ... overleden is'), het leven ('Het leven heeft geen betekenis meer') en de eigen rouwreacties ('Ik kan mijn verdriet niet verdragen') gericht op het vinden van een meer adaptieve betekenisgeving (bijv. 'Ik kan voor veel mensen nog iets betekenen', 'Ondanks dit verlies, zijn er allerlei activiteiten en bezigheden die mij vervulling geven', 'Het verdriet is intens, maar ik kan het wel aan').
- *Exposure*: blootstelling aan interne en externe stimuli die geassocieerd zijn met de pijnlijkste aspecten van het verlies – inclusief de meest ingrijpende aspecten van de omstandigheden waaronder het verlies plaatsvond en het feit dat het verlies en de implicaties daarvan onomkeerbaar zijn.
- *Geleidelijke reactivering*: bewustwording van belangrijke waarden en doelen op op sociaal, recreatief, werk-/studie-gerelateerd gebied, geleidelijke activering gericht op het verwzenlijken van die doelen.

Er zijn studies waarin gekeken is naar het ef-

fect van cognitieve therapie gecombineerd met exposure (Boelen et al., 2007; Bryant et al., in druk), geleidelijke activering zonder andere interventies (Papa et al., 2013), en een combinatie van deze drie interventies (Rosner et al., 2014). Ook zijn er studies gedaan naar het effect van 'complicated grief treatment'; deze aanpak, ontwikkeld door Shear, omvat dezelfde cognitief gedragstherapeutische interventies en is zeer effectief gebleken (Shear et al., 2005, 2014). Er zijn ook twee studies waarin deze interventies zijn toegepast via internet (Litz et al., 2014; Wagner et al., 2006). In voorbereiding is een studie waarin cognitieve therapie is gecombineerd met EMDR (Van Denderen, De Keijser, & Boelen, in voorbereiding). Over al deze studies heen profiteert zo'n 40% tot 60% van de mensen met psychische stoornissen na (traumatisch) verlies in klinisch significante mate van deze cognitief gedragstherapeutische interventies. Belangrijk is bovendien dat er geen aanwijzingen zijn dat mensen minder profiteren van deze interventies wanneer zij geconfronteerd zijn met verlies door suïcide, moord, ongevallen, of andere traumatische, niet-natuurlijke oorzaken (zie bijvoorbeeld Shear et al., 2014). Daaruit mag worden afgeleid dat het geïndiceerd is om deze interventies voor deze groep in te zetten. Een kanttekening is wel dat ca. 50% van de mensen nog onvoldoende profiteert van bestaande cognitief therapeutische interventies; het kan zijn dat voor deze mensen langere behandeling nodig is (onderzochte behandelingen zijn relatief kort), een behandeling geïndiceerd is die zich richt op comorbiditeit (bestaande behandelingen richten

zich primair op rouw) of dat andere benaderingen (bijv. systeem therapie) zinvoller zijn. Dit zal in toekomstig onderzoek duidelijk moeten worden.

Tot slot

In deze bijdrage hebben we aangegeven dat verscheidene, heel diverse factoren eraan bijdragen dat het voor sommige nabestaanden veel moeilijker is het verlies te verwerken dan voor anderen. Het korte overzicht van interventies is een pleidooi voor de inzet van cognitief gedragstherapeutische interventies. Deze zijn er in feite op gericht 'obstakels voor de verwerking' (extreem negatieve gedachten, angsten om het verlies onder ogen te zien, en onvermogen zich te richten op overgebleven vervullende activiteiten) weg te nemen. Deze interventies dienen altijd te worden ingebed in een contact waarin ruimte is het verhaal van het persoonlijke verlies te vertellen waarin oog is voor de diversiteit van gevoelens en reacties die kunnen spelen, de rouw, posttraumatische herbelevingen, reddeloosheid, en mogelijke schuldgevoelens en boosheid.

Referenties

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Boelen, P.A., J. de Keijser, M.A. van den Hout & J. van den Bout, 'Treatment of Complicated Grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counselling', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75 (2007) pp. 277-284.
- Bonanno, G. A., S. Galea, A. Bucchiarelli & D. Vlahov, 'Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th Terrorist Attack', in: *Psychological Science* 17 (2006) pp.181-186.
- Bryant, R.A., L. Kenny, A. Joscelyne, N. Rawson, F. Maccallum, C. Cahill, S. Hopwood, I. Aderka & A. Nickerson, 'Treating Prolonged Grief Disorder. A Randomized Clinical Trial', in: *JAMA Psychiatry* (in press).
- Dyregrov, K., D. Nordanger & A. Dyregrov, 'Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents', in: *Death Studies* 27 (2003) pp. 143-165.
- Hengeveld, M., *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5) Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Amsterdam: Boom, 2014.
- Litz, B., Y. Schorr, E. Delaney, T. Au, A. Papa, A.B. Fox, S. Morris, A. Nickerson, S. Block & H. Prigerson, 'A randomized controlled trial of an Internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder', in: *Behaviour Research and Therapy* 61 (2014) pp. 23-34.
- Papa, A., M.T. Sewell, C. Garrison-Diehn & C. Rummel, 'A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding', in: *Behavior Therapy* 44 (2013) pp. 639-650.
- Rosner, R., G. Pfoh, M. Kotoučová & M. Hagl, 'Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial', in: *Journal of Affective Disorder* 167 (2014) pp. 156-163.
- Shear, K., E. Frank, P.R. Houck, C.F. Reynolds, III, 'Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial', in: *JAMA* 293 (2005) pp. 2601-2608.
- Shear, M.K., K.A. McLaughlin, A. Ghesquiere, M.J. Gruber, N.A. Sampson & R.C. Kessler, 'Complicated grief associated with Hurricane Katrina', in: *Depression and Anxiety* 28 (2011) 8, pp. 648-657.
- Valdimarsdottir, U., Á.R. Helgason, C.J. Fürst, J. Adolfsson & G. Steineck, 'Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: a nationwide follow-up', in: *Palliative Medicine* 18 (2004) pp. 432-443.
- Van Denderen, M., J. de Keijser & P.A. Boelen, 'Cognitive therapy and EMDR in the treatment of psychopathology following homicidal loss' (in voorbereiding).
- Wagner, B., C. Knaevelsrud, C. & A. Maercker, 'Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial', in: *Death Studies* 30 (2006) pp. 429-453.

PAUL BOELEN is hoogleraar klinische psychologie en directeur van het Ambulatorium van de Faculteit Sociale Wetenschappen bij de Universiteit Utrecht. JOS DE KEIJSER is hoofdopleider Klinisch Psycholoog en hoofdopleider Psychotherapeut Opleidingsinstituut PPO en bijzonder hoogleraar complexe rouw, Universiteit Groningen. GEERT SMID is psychiater, psychotraumatheapeut NtVP en als senior onderzoeker verbonden aan Stichting Centrum '45 / Arq Psychotrauma Expert Groep.