

Complexe rouw begrijpen en behandelen (en andere vraagstukken voor de psychotraumatologie)

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Klinische Psychologie in de faculteit Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht, op 13 april 2016, door Paul Boelen

INLEIDING

Mijnheer de rector magnificus, geachte aanwezigen.

Rouw is een belangrijk thema. In literatuur, in kunst, in het hele leven. Rouw is verbonden met verbinding tussen mensen en is daarom bijna een *romantisch* thema. Veel romantischer dan trauma. Traumatische gebeurtenissen brengen over het algemeen weinig goeds. Rouw is vaak ongecompliceerd, zeker als het volgt op een verlies dat niet te vroeg komt—en plaatsvindt in rustige omstandigheden (Bonanno, 2004). Over die rouw ga ik het vandaag niet uitgebreid hebben. Ik ga het vooral hebben over rouw die niet mooi is, maar verstikkend en ontwrichtend; verbonden met verlies dat te vroeg komt en het gevolg is van rampen, moord en andere dramatische gebeurtenissen. Ik ga het vandaag hebben over complexe rouw. Ik bespreek wat het is, hoe vaak het voorkomt, welke mensen vastlopen en wat voor hulp dan nodig is.

WAT IS COMPLEXE ROUW?

Wat is complexe rouw? Als iemand doodgaat waar een intense band mee bestond is er acute rouw. Een toestand van acute emotionele nood. Een toestand waarin de realiteit van het verlies zich aan het bewustzijn opdringt, samen met een intense, soms misselijkmakende pijn, en op andere momenten achter een massief ongeloof verscholen ligt. Langzaam maar zeker verzoent men zich ermee dat de ander voorgoed weg is. En geleidelijk aan ontstaat om het verdriet heen meer ruimte voor nieuwe activiteiten en relaties. We gaan spreken van “complexe rouw” als die acute emotionele nood aanhoudt. Als het ongeloof over de onomkeerbaarheid van het verlies blijft. Als het verlies maanden of zelfs jaren nadat het is gebeurd, nog altijd voelt als iets dat gisteren plaatsvond. Als het gevoelsleven beheerst blijft worden door gemis, en dit gemis allesbepalend is voor wat men denkt, doet en voelt.

De meeste van u weten dat we in Nederland werken met de DSM¹ (APA, 2000, 2013). Dat is een invloedrijk classificatiesysteem voor psychische stoornissen; een dik boek waarin ongeveer 150 stoornissen en nog eens 150 varianten op die stoornissen precies omschreven staan. Het is aardig te vermelden dat critici soms zeggen dat er 600 stoornissen in staan, maar dat valt dus nog mee.² Subsidiegevers geven meer geld aan onderzoek naar stoornissen die wel in de DSM staan, dan die daar niet in staan. En de behandeling van stoornissen die wel in de DSM staan wordt makkelijker vergoed door verzekeraars.

Complexe rouw was geen echte stoornis binnen dit DSM-systeem. Totdat de 5^e editie uitkwam in mei 2013 (APA, 2013). Want in die 5^e editie is voor het eerst “persisterende complexe rouwstoornis” (oftewel PCRS) opgenomen. We mogen spreken van PCRS als iemand ten minste één jaar na een verlies, in zeer ernstige mate, lijdt aan, ik citeer “een persisterend kwellend verlangen naar de overledene”, gecombineerd met symptomen als emotionele verdoving, onthechting, of de wens om zelf te sterven om bij de overledene te zijn (zie Hengeveld (2014), pp. 1042-1043). Ik moet erbij zeggen: die PCRS staat niet in de hoofdtekst maar in een apart hoofdstuk met psychische stoornissen

¹ DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.

² Zie bijvoorbeeld www.jamesmorrisonmd.org/number-of-dsm-diagnoses.html en Morrison (2014).

waar meer onderzoek naar gedaan moet worden. Het heeft daarmee nog niet de status van stoornissen als depressie en posttraumatische stress-stoornis.

De opname van PCRS in die DSM is een erkenning dat rouw uit kan groeien tot een psychische aandoening. Is dat terecht? Mijn antwoord is “ja”. Het meest overtuigende argument daarvoor is dat PCRS gaat over een probleem dat zich niet goed laat vangen door andere, bekendere stoornissen uit de DSM. Ook ons eigen Utrechtse onderzoek heeft laten zien dat mensen met forse rouwproblemen lang niet altijd ook last hebben van een depressie of een angststoornis, en dat de intensiteit van deze rouwproblemen samenhangt met langdurige aantasting van kwaliteit van leven—ongeacht of men wel of niet depressief is of PTSS (posttraumatische stress-stoornis) heeft (Boelen & Prigerson, 2007; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, De Keijser, & Van den Bout, 2010). Kortom: het concept PCRS heeft toegevoegde waarde. En daarom mag PCRS in de zesde editie van de DSM gerust verschuiven van de bijlage naar de hoofdtekst.

Maar er dient zich een probleem aan. De DSM is eigenlijk meer gebaat bij een sanering, dan een uitbreiding van het aantal aandoeningen. De DSM onderscheidt al diverse mentale aandoeningen verbonden met ingrijpende gebeurtenissen, waaronder PTSS, acute stress-stoornis, en verschillende aanpassingsstoornissen. Daarnaast hebben mensen met dergelijke stoornissen vaak ook andere aandoeningen. Ruim de helft van de mensen met PTSS heeft bijvoorbeeld ook een depressie of verslavingsstoornis (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000). Er dreigt een situatie van extreme heterogeniteit waarbij verschillende mensen na een trauma met ongeveer dezelfde verschijnselen toch allemaal net andere diagnoses krijgen.

Die heterogeniteit zit ook ingebakken in de manier waarop wordt vastgesteld of iemand een DSM-stoornis heeft of niet. Meestal bestaat zo'n stoornis uit ongeveer tien symptomen, ondergebracht in drie of vier categorieën. Het gevolg is dat er heel veel verschillende manieren zijn waarop je kunt voldoen aan DSM-criteria voor bepaalde stoornissen. Het is moeilijk te geloven, maar er zijn ruim 600.000 verschillende manieren waarop je PTSS kunt hebben (Galatzer-Levy & Bryant, 2013). Voor de beeldvorming: 12 keer een volle Kuip, in Rotterdam, vol met mensen die allemaal PTSS hebben maar allemaal met net ietsjes andere symptomen. Ter vergelijking: er zijn ruim 37.000 manieren om te voldoen aan criteria voor PCRS (Boelen & Prigerson, 2012); een driekwart gevulde Kuip.³ En 227 manieren om een depressie te hebben—ongeveer het aantal mensen dat in deze zaal past.

Ondanks deze bezwaren, pleit ik ervoor PCRS aan de hoofdtekst van de DSM toe te voegen als een soort werkdefinitie van verstoorde rouw. Als we zeggen: “verstoorde rouw, dat is PCRS”, dan kunnen we eindelijk goed gaan onderzoeken hoe vaak het voorkomt en wat oorzaken en goede behandelingen zijn. Deze vraagstukken raken nu nog te vaak overschaduwed door begripsverwarring. Een scherpe werkdefinitie is ook belangrijk om medicalisering van rouw tegen te gaan, waar mensen soms bezorgd over zijn. Als we precies onderkennen wat verstoorde rouw is, helpt dat om mensen die een *normaal* verwerkingsproces doormaken niet onnodig op te zadelen met het label van een mentale aandoening (Johnson et al., 2009). En verwarring over de vraag wanneer rouw een “ziekte” is, wordt dan mogelijk voorkomen.⁴

³ Voetbalstadion De Kuip in Rotterdam heeft ruim 50.000 zitplaatsen (www.deKuip.nl).

⁴ Op 18 augustus 2009 plaatste De Volkskrant (en andere media) een klein berichtje naar aanleiding van de verschijning van het artikel van Prigerson et al. (2009) over criteria voor Prolonged Grief Disorder. De berichtjes kopten “Lang rouwen is een serieuze ziekte”. Deze tekst was geen goede representatie van het artikel.

CIJFERS

Hoe vaak leidt een verlies eigenlijk tot psychische problemen? Jaarlijks overlijden in Nederland zo'n 135.000 mensen⁵. De schaarse studies die zijn gedaan, tonen dat ongeveer 5 tot 10% van de direct nabestaanden een rouwstoornis, PCRS, ontwikkelt (Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011).⁶ Als we stellen dat elke overledene vier directe naasten nalaat, en we behoudend stellen dat 5% PCRS ontwikkelt, dan zijn er dus 27.000 nieuwe gevallen van PCRS per jaar. Dat zijn ruim 15 keer zoveel mensen, dan zij die jaarlijks nieuw met schizofrenie worden gediagnosticeerd.⁷ Even voor de beeldvorming: die 27.000 mensen kunnen heel Stadion Galgenwaard vullen—en dan staan er nog steeds 5.000 mensen buiten.⁸

Minstens zo belangrijk is dat verlies mensen kwetsbaar maakt voor allerlei andere psychische problemen. In een Amerikaanse studie (Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen, & Shear, 2014) werden (ruim 10 jaar geleden) 27.500 mensen gevraagd of zij ooit een onverwacht verlies hadden meegemaakt. Ruim 50% zei ja.⁹ Daarmee was een plots verlies de meest voorkomende ingrijpende gebeurtenis.¹⁰ De onderzoekers brachten ook in kaart of mensen een psychische stoornis hadden. En dat leidde tot een opvallende conclusie: het voor de eerste keer meemaken van een plots verlies viel vaak samen met de start van forse psychische problemen. Bijvoorbeeld: mensen tussen de 60 en 65 jaar hadden na zo'n verlies, 7 keer zoveel kans op een eerste depressie, 8 keer zoveel kans op een eerste alcoholverslaving en 37 keer zoveel kans om voor het eerst PTSS te ontwikkelen, dan leeftijdsgenoten die geen plots verlies hadden meegemaakt. Vergelijkbare uitkomsten waren te zien in andere leeftijdsgroepen.

Kortom: de dood van een dierbare kan leiden tot een rouwstoornis die we PCRS kunnen noemen. Procentueel een kleine groep. In absolute zin, elk jaar een overvol Galgenwaard. Dit Amerikaanse onderzoek suggereert dat ook allerlei andere psychische stoornissen verbonden zijn met de onverwachte dood van een dierbare. Anders gezegd: niet elk verlies leidt tot een psychische stoornis, maar *als* er sprake is van een stoornis speelt verlies daarbij wel vaak een activerende of versterkende rol.

VERBETEREN VAN HULP

Ik kijk ernaar uit om mijn hoogleraarschap bij de afdeling Klinische Psychologie voort te zetten. En ik verheug me op het vervolg van mijn rol als hoogleraar bij Arq Psychotrauma Expertgroep. Een van de centrale doelen van mijn werk in het kader van deze leerstoel is het beter begrijpen en behandelen van complexe rouw. En dan gaat het mij dus meer om “rampzalige rouw” dan om “romantische rouw”. Daarbij zijn een paar vragen essentieel:

- 1) Welke nabestaanden lopen vast en welke niet?
- 2) Kunnen we nabestaanden die dreigen vast te lopen tijdig hulp bieden om te voorkomen dat het mis gaat?
- 3) En welke hulp helpt het best, als mensen eenmaal zijn vastgelopen?

⁵ www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/bevolking/fag/specifiek/fag-sterfgevallen.htm geraadpleegd op 12 april 2016.

⁶ Opgemerkt zij, dat voorafgaand aan de verschijning van de DSM-5 in mei 2013, PCRS werd aangeduid met termen als “complicated grief”, en “prolonged grief disorder”.

⁷ www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/schizofrenie/omvang/ geraadpleegd op 12 april 2016.

⁸ Stadion Galgenwaard heeft ruim 23.000 zitplaatsen; www.fc utrecht.nl/club/stadion.

⁹ Verliezen t.g.v. 9/11 werden buiten beschouwing gelaten.

¹⁰ Dit is ook in Nederlands onderzoek waargenomen (De Vries & Olff, 2009).

Op deze vragen wil ik nu ingaan.

WELKE MENSEN LOPEN VAST EN WELKE NIET?

Welke mensen vastlopen, wordt allereerst bepaald door wie er dood is, en hoe belangrijk diegene was. Waarom is het verlies van een kind zo extreem zwaar? Dat is onder meer omdat een kind zo sterk bepalend is voor wie men is, wat men doet, en hoe men kijkt naar het verleden, heden en de toekomst (Wijngaards-de Meij et al., 2005).

Ook de oorzaken van een verlies bepalen of mensen vastlopen of niet. De plotse dood van een dierbare door een verkeersongeval of geweld, geeft een grotere kans op emotionele problemen dan een verlies na een lang ziekbed (Boelen, De Keijser, & Smid, 2015; Kristensen, Weisæth, & Heir, 2012). Berichten over de schietpartij in Alphen aan de Rijn en, recent, de aanslagen in Brussel leiden bij de meeste van ons tot akelige beelden, gevoelens van onveiligheid en de neiging om wat vaker achterom te kijken. Als een eigen partner of kind om het leven komt bij zo'n traumatisch verlies, zijn deze reacties uiteraard veel pregnanter—en gemengd met verbijstering, verslagenheid en verdriet.

Omstandigheden ná een verlies zijn ook van invloed op rouw. Soms heeft een verlies allerlei dramatische consequenties die het moeilijk maken voor nabestaanden om zich ermee te verzoenen. Na de moord op een partner of kind is soms het lichaam niet meer toonbaar, of zelfs verdwenen. Vaak wordt de dader gevonden, maar niet altijd. Soms loopt het politieonderzoek voorspoedig. Maar soms ook niet. En vaak wordt de dader bestraft—maar niet altijd voldoende. Kortom: moord leidt tot een hoop drama, ellende, bureaucratie—en dat geldt vaak ook voor andersoortige traumatische verliezen (Van Denderen, De Keijser, Huisman, & Boelen, 2016).

Ook kenmerken van nabestaanden en hun sociale context beïnvloeden wie vastlopen en wie niet. Mensen met een broze mentale gezondheid—die al eerder in hun leven emotionele problemen hebben gehad—en mensen met een broze sociaal economische situatie—met weinig geld, weinig scholing, weinig vangnet, hebben een grotere kans na een verlies vast te lopen dan mensen die in voorspoediger omstandigheden verkeren (Smid, Drogendijk, Knipscheer, Boelen, & Kleber, ter publicatie aangeboden).

Alles bij elkaar ontstaat een redelijk helder profiel van mensen die een verhoogde kans hebben om vast te lopen na een verlies: dat zijn mensen die een partner of kind verliezen, onder omstandigheden die potentieel traumatiserend zijn, en die veel bijkomende narigheid tegenkomen na het verlies, en die *daarvoor* al kwetsbaar waren.¹¹

PREVENTIE

Kunnen we deze mensen hulp bieden om te zorgen dat ze niet ontsporen? Voordat ik daarop inga wil ik graag benadrukken dat we de grootste groep mensen die een verlies meemaken gewoon met rust kunnen laten. Bij dramatische sterfgevallen lijkt dezelfde neiging te bestaan als bij andere ingrijpende gebeurtenissen. Die neiging is om mensen begeleiding of therapie te gaan bieden. Die neiging is verweven met twee *aannames* die nuancering behoeven. De eerste is: “de meeste mensen kunnen zelfstandig niet zo goed omgaan met ingrijpende gebeurtenissen”. En de tweede aanname is: “hulp helpt altijd”.

Die eerste stelling is kritisch gezien door onder andere George Bonanno uit New York. Zijn onderzoek laat het volgende zien (Bonanno, 2004; Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011). Als je

¹¹ Zie voor meer informatie over risicofactoren onder andere, Lobb et al. (2010), Stroebe, Schut, & Stroebe (2007).

groepen mensen neemt die iets ellendigs hebben meegemaakt; en als je hen vervolgens op verschillende momenten in de tijd vraagt hoe angstig, depressief of gestrest zij zich voelen, dan kun je met fraaie statistiek meestal drie groepen onderscheiden. Ongeveer 50 tot 60% van de mensen heeft vrijwel geen klachten, niet in het begin en ook niet later in de tijd. Zo'n 30 tot 40% is flink aangedaan maar herstelt redelijk voorspoedig binnen ongeveer een jaar (zie ook Kleber, 2007). En ten slotte is er een relatief kleine groep van zo'n 10% die ernstige klachten heeft en houdt. Slachtoffers van verlies en trauma vallen vrijwel altijd in één van deze groepen (Boelen, Reijntjes, Djelantik, & Smid, in druk).

De eerste stelling klopt dus niet helemaal. En de stelling dat *hulp altijd helpt* verdient ook een zorgvuldige bespiegeling. Die stelling is gerelativeerd door onder andere mijn collega Henk Schut (o.a. Schut, Stroebe, Van den Bout, & Terheggen, 2001). Zijn werk laat zien dat mensen die geen tekenen vertonen van verstoorde verliesverwerking over het algemeen best *tevreden* zijn als hun ongevraagd hulp wordt geboden—maar dat dat niet wil zeggen dat mensen altijd *beter* worden van die hulp.

Dit laat onverlet dat zo'n 10% problemen krijgt en houdt. Dat komt in de buurt van die 27.000 mensen die jaarlijks PCRS, die rouwstoornis, krijgen. Hoewel ik *daar* uitging van een zuinige schatting van 5%. En dat alles laat ook onverlet dat wij die 30 tot 40% van de nabestaanden die klachten *hebben en herstellen*, mogelijk kunnen ondersteunen in het bespoedigen van het herstel. Het is dan belangrijk om die groep goed te identificeren; om die reden ontwikkelen wij een korte screeningslijst om snel in te kunnen schatten hoeveel risico nabestaanden hebben om vast te lopen in hun rouwproces. Dit is waardevol voor onder andere medewerkers van Slachtofferhulp Nederland, maar ook praktijkondersteuners bij huisartsen, die vaak te maken krijgen met nabestaanden en die snel moeten kunnen screenen voor wie hun eigen zorg volstaat, en voor wie aanvullende hulp nodig is.

Terug naar de vraag: *Kunnen we risicogroepen iets aanbieden om te voorkomen dat zij ontsporen?* Collega Arq-Hoogleraar Olff vermeldde in haar oratie dat vroegtijdige cognitieve gedragstherapie voor een deel van de slachtoffers van traumatische gebeurtenissen heilzaam is (Olff, 2012a,b; Roberts, Kitchiner, Kenardy, & Bisson, 2009; Sijbrandij et al., 2007). Er zijn twee recente onderzoeken die tonen dat diezelfde behandeling ook voor mensen met een verhoogd risico op rouwproblemen zinvol is (Kersting et al., 2013; Litz et al., 2014). Maar het is te vroeg voor tevredenheid. We weten nog niet goed genoeg wat, voor wie, wanneer het best werkt. En goede hulp komt nog onvoldoende terecht bij de meest kwetsbare groepen die hulp het hardst nodig hebben.

WAT DOEN WE MET DE MENSEN DIE VASTLOPEN?

En dan kom ik bij de derde vraag uit dit deel van mijn betoog: Wat doen we met de mensen die we niet hebben kunnen behoeden voor echte PCRS—voor wie rouw verstikkend en ontwrichtend is en blijft. Om die vraag te beantwoorden, moeten we weten welke processen herstel in de weg staan. Het is goed om te weten dat traumatisch verlies van een partner of kind vaker tot problemen leidt. Maar het is nog belangrijker om te weten welke psychologische processen daarvoor verantwoordelijk zijn. Immers: deze processen kunnen we beïnvloeden met een psychologische behandeling en de omstandigheden niet.

Uiteraard weten we al het een en ander over processen die herstel na verlies in de weg staan. Tijdens mijn promotieonderzoek, tot 2005, heb ik, met mijn promotoren Van den Bout en Van den Hout een theoretisch model ontwikkeld dat probeert te verklaren waardoor verstoorde rouw ontstaat (Boelen, Van den Hout, & Van den Bout, 2006). Dat model, gebaseerd op modellen voor PTSS (o.a. Ehlers, 2006; Ehlers & Clark, 2000), berust op vier uitgangspunten.

Het eerste uitgangspunt is dat rouw vastloopt als nabestaanden niet goed onder ogen zien dat de dood van hun dierbare echt onomkeerbaar is. Het is verschrikkelijk moeilijk om, bijvoorbeeld na het verlies van een kind, door te laten dringen: “Mijn kind is dood en komt nooit meer terug”, zeker als het verlies plaatsvond onder traumatische omstandigheden, en deze gedachte vergezeld wordt door akelige beelden. Toch is dat cruciaal: het onder ogen zien van die realiteit is een noodzakelijke eerste stap voor aanpassing aan die realiteit. Hier tekent zich een belangrijk verschil af tussen PTSS en PCRS. Mensen met PTSS verkeren in een *staat van paraatheid* zolang het feit dat het gevaar geweken is onvoldoende tot verschillende delen van het brein is doorgedrongen. Mensen met PCRS blijven verwachtingsvol uitkijken naar hun overledene zolang de onomkeerbaarheid van het verlies onvoldoende tot het brein is doorgedrongen.

Het tweede uitgangspunt van ons verklingsmodel is dat verwerking vastloopt, als een verlies ertoe leidt dat mensen extreem negatief gaan denken over zichzelf, hun leven, hun toekomst, en de wereld. Een traumatisch verlies, bijvoorbeeld bij een ramp als die met de MH17, is vaak moeilijker te verkroppen omdat het meer aanleiding geeft om te geloven dat de wereld gevaarlijk en onvoorspelbaar is.

Het derde uitgangspunt van ons verklingsmodel is dat rouw stagneert als mensen allerlei gebeurtenissen en situaties uit de weg gaan die aan het verlies doen denken, omdat zij menen de confrontatie met de realiteit niet aan te kunnen. Mensen worden dan fobisch voor hun eigen verdriet en hun eigen rouw.

En tot slot, het vierde uitgangspunt is dat rouw verstoord raakt als nabestaanden allerlei activiteiten stoppen die *voor* het verlies betekenisvol waren. Het lijkt zo’n logisch gevolg als mensen na een verlies niet langer vrienden bezoeken en zich ziekmelden van hun werk. Dit terugtrekgedrag is nog logischer als de omgeving meer oog heeft voor sappige details dan voor individueel verdriet—wat nog weleens voorkomt na traumatische verliezen. In ons model zeggen wij: dat terugtrekken is geen gevolg maar een *oorzaak* van vastlopende rouw.

In meerdere studies hebben wij gevonden dat deze uitgangspunten kloppen (Boelen, Van den Hout, & Van den Bout, 2013). Mensen die het moeilijker vinden om de onomkeerbaarheid van het verlies onder ogen te zien, en voor wie het verlies langdurig onwerkelijk blijft aanvoelen, lopen vaker vast. Sterk negatieve overtuigingen, bijvoorbeeld over eigenwaarde en veiligheid, zijn geen bijverschijnsel van verstoorde rouw – maar gaan daaraan vooraf. Datzelfde geldt voor fobische vermijding en depressief terugtrekken. De implicaties voor goede psychotherapie voor verstoorde rouw zijn hieruit af te leiden. Goede psychotherapie moet erop gericht zijn mensen te helpen om de confrontatie aan te gaan met het verlies, vertrouwen in zichzelf, hun leven en hun toekomst terug te krijgen, en activiteiten te gaan ondernemen die vervulling en betekenis geven.

En dat is precies waar cognitieve gedragstherapie zich op richt. Ik ben er trots op dat wij in Utrecht, samen met Jos de Keijser in Groningen, één van de eerste studies deden waarin wij konden aantonen dat deze aanpak werkt. In 12 zittingen cognitieve gedragstherapie knapte ca. 60% van de mensen met PCRS goed op (Boelen, De Keijser, Van den Hout, & Van den Bout, 2007). Sinds 2005 zijn nog zo’n 10 studies gedaan waarin hetzelfde werd gevonden.¹²

Laat ik nog een paar zaken markeren:

¹² Ik tel hierbij de onderzoeken met een controlegroep. (i) Boelen et al. (2007), (ii) Bryant et al. (2014), (iii) Eisma et al. (2014), (iv) Kersting et al. (2013), (v) Papa et al. (2013), (vi) Rosner et al. (2014), (vii) Shear et al. (2005), (viii) Shear et al. (2014), (ix) Supiano et al. (2014), (x) Wagner et al. (2006).

- 60% van de mensen met verstoorde rouw knapt op van korte, to-the-point therapie. Maar 40% dus niet. Denk nog even aan die 27.000 mensen; een vol Galgenwaard plus 5000 mensen die buiten staan. Als we iedereen cognitieve gedragstherapie aanbieden, knappen ruim 10.000 mensen onvoldoende op; dat is die groep die buitenstaat—aangevuld met de 5000 mensen voor wie plek is op de Bunnikside.
- Dat 40% niet opknapt zien we ook terug bij andere stoornissen. Mijn collega Bockting (2015) vermeldde in haar oratie dat zelfs zo'n 50% van de mensen met ernstige depressie te weinig profiteert van psychotherapie.

WERK AAN DE WINKEL

In de geestelijke gezondheidszorg zijn voor diverse stoornissen, waaronder depressie en angststoornissen, “behandelrichtlijnen” ontwikkeld waarin goed omschreven staat wanneer, welk type zorg, voor welke patiënten moet worden ingezet, rekening houdend met aard en ernst van de problematiek. Alles bij elkaar ligt het basismateriaal klaar voor een “behandelrichtlijn” voor complexe rouw, waarin we al behoorlijk goed kunnen aangeven wie na een verlies, wanneer, welk soort zorg nodig heeft.

Maar er zitten nog wel witte vlekken in die richtlijn. We moeten nog beter worden in het identificeren van risicogroepen. We moeten beter weten welke interventies we dan het beste kunnen inzetten. En met die 60% van de nabestaanden die profiteert van goede cognitieve gedragstherapie, zijn we niet tevreden. Dat percentage moet omhoog.

Het zijn precies die thema's waar ik mij de komende jaren mee bezig wil houden, ingebed in het bredere onderzoeksgebied van de psychotraumatologie. Wat zo leuk is aan dit onderzoeksgebied is dat het “onderwerp van studie” helder is: het gaat altijd om mensen die zich zo goed mogelijk proberen aan te passen, na de confrontatie met een schokkende gebeurtenis. In dat veld bevinden zich psychologen, psychiaters, juristen, historici, bestuurskundigen die allemaal met dat onderwerp bezig zijn. Sommigen richten zich vooral op psychosociale gevolgen van oorlog en massaal geweld. Anderen, waaronder collega Arq-hoogleraren Olf en Vermetten, onderzoeken verbanden tussen hersenprocessen en gedrag. En weer anderen kijken vooral naar maatschappelijke factoren die inwerken op gevolgen van psychotrauma. Een van de bijzondere kenmerken van Arq is dat al deze perspectieven daar te vinden zijn.

Ik kijk ernaar uit om onderzoek te blijven doen naar processen waar herstel na verlies op hapert. Ik wil dat onderzoek doen in de klinische praktijk, in het spreekwoordelijke laboratorium, en in het, zeg maar, maatschappelijke deelgebied van de psychotraumatologie.

DE KLINISCHE PRAKTIJK

Om met het eerste te beginnen. Een hechte relatie met de klinische praktijk is van vitaal belang voor de klinisch psychologische wetenschap. Daar ligt een uitdaging: onderzoekers hebben het liefst dat hulpverleners standaardprocedures volgen zodat zij precies in kaart kunnen brengen wat patiënten exact mankeert en wat de effecten zijn van welomschreven interventies. Hulpverleners vinden, soms terecht, soms onterecht, dat die standaardprocedures niet altijd passen.

Een belangrijke samenwerkingspartner voor mijn eigen onderzoek, is ons eigen Ambulatorium, de polikliniek van de faculteit Sociale Wetenschappen voor volwassenen en kinderen met psychische problemen. Dankzij de samenwerking met dit Ambulatorium, konden Mariken Spuij en ik een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor verstoorde rouw bij kinderen ontwikkelen. Dit aanbod hebben wij “RouwHulp” genoemd (Spuij, van Londen-Huiberts, & Boelen, 2013). We zitten

middenin de afronding van een studie waarin 130 kinderen behandeld zijn, de helft met RouwHulp, de andere helft met ondersteunende counseling (Spuij, Prinzie, Dekovic, Van den Bout, & Boelen, 2013). Bij herhaling is gesteld dat voor kinderen die vastlopen in verlies nog geen goed hulpaanbod is (Currier, Holland, & Neimeyer, 2007; Rosner, Kruse, & Hgal, 2010); met de ontwikkeling van RouwHulp wordt dat tij een klein beetje gekeerd. Want ik kan alvast verklappen dat korte to-the-point cognitieve gedragstherapie ook bij kinderen met verstoorde rouw goed werkt.

Een belangrijke partner is uiteraard Centrum45, de GGz-instelling die onderdeel is van Arq. Ik verheug mij erop om met de hulpverleners aldaar, het zorgaanbod nog meer met wetenschappelijk onderzoek te verbinden. Sinds twee-en-half jaar draait daar de “dagbehandeling traumatische rouw” voor vluchtelingen, asielzoekers en anderen die geconfronteerd zijn met traumatisch verlies. Deze dagbehandeling, ontwikkeld met onder andere Geert Smid, bestaat uit groepsbehandeling en individuele behandeling, met elementen uit cognitieve gedragstherapie en korte eclecticische psychotherapie, van Berthold Gersons (Smid et al., 2015). Omdat we het klachtenbeloop in kaart brengen, weten we inmiddels dat ongeveer de helft van de mensen die aanvankelijk nog *wel* kampen met ernstige PCRS en PTSS dat na het programma niet meer doen (De Heus et al., ter publicatie aangeboden). Door het klachtenbeloop ook bij nieuwe patiënten te blijven meten, kunnen we uiteindelijk onderzoeken welke deelnemers wel en niet profiteren, en welke onderdelen van het programma meer en minder zinvol zijn. Met deze gegevens, kunnen we de dagbehandeling stap voor stap verfijnen, bijvoorbeeld door onderdelen van de behandeling uit te breiden, weg te laten of te vervangen.

HET PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM

Ook in het spreekwoordelijke “psychologisch laboratorium” wil ik onderzoek doen naar processen die verwerking van verlies verhinderen. Ik doel hiermee op onderzoek met gestandaardiseerde methoden bij mensen zonder ernstige problemen, die ons iets leren over mensen *met* ernstige problemen.

Ons eigen theoretische model stelt dat rouw vastloopt als nabestaanden verstrikt raken in negatieve overtuigingen—en als mensen fobisch worden voor hun eigen rouw en zich terugtrekken. Maar welke manieren van denken en doen de *grootste boosdoeners* zijn, weten we nog niet goed. Als ik nabestaanden spreek van de ramp met de MH17 die met vergelijkbare emotionele problemen kampen, dan zie ik verschillen in de gedachten en manieren van omgaan die achter die problemen schuilgaan. Bij sommigen heeft het verlies geleid tot de overtuiging dat het leven zinloos is. Anderen hebben de overtuiging dat zij zelf—ook al is dat irrationeel—mede verantwoordelijk zijn voor het verlies. Bij nog weer anderen lijkt de eindeloze zoektocht naar verantwoordelijken, het herstel te hinderen. Sommige nabestaanden trekken zich terug omdat de wereld voor hun sinds de ramp een gevaarlijke plek is; anderen doen hetzelfde, omdat zij menen dat zij nergens meer voldoening uit kunnen halen. In een recent gestarte studie leggen we het rouwproces van 1000 nabestaanden onder een vergrootglas: de bedoeling hiervan is dat we beter zicht krijgen op de ontwikkeling van rouw over tijd—en de vraag welke manieren van denken en doen herstel het meest in de weg staan.

Een andere ambitie is meer te leren over de regulatie van positieve gevoelens. Bekend is dat mensen met depressie moeite hebben met het wegstrijken van negatieve gevoelens. Er zijn aanwijzingen dat zij echter *nog meer* moeite hebben om positieve gevoelens vast te houden (Raes, Smets, Nelis, & Schoofs, 2012). Deze observatie is relevant voor slachtoffers van verlies en trauma. Immers: goed verwerken van ingrijpende gebeurtenissen houdt niet alleen in dat verdriet en angst minder worden, maar houdt ook in dat positieve gevoelens terreinwinst boeken. Een van mijn wensen is om interventies te ontwikkelen waarmee wij dit proces kunnen bespoedigen. Ik heb het dan niet over blijmoedige positieve psychologie. Mensen die mij kennen weten dat *dat* niet bij mij past. Waar ik wel aan denk, is het zoeken van mogelijkheden om behandelingen die vaak eenzijdig gericht zijn op

het doorwerken van negatieve ervaringen—aan te vullen met interventies die gericht zijn op het versterken van positieve ervaringen.

Wat ook op mijn onderzoeksagenda staat is het bestuderen van rumineren en piekeren. Dat zijn andere woorden voor “oeverloos malen”. Oeverloos malen verwijst naar het passief ronddraaien in gedachten over een probleem—zonder dat men een stap verder komt in het oplossen of loslaten van het probleem. We weten uit onderzoek dat malen nergens goed voor is. En *mindfulness* berust grotendeels op die observatie: *mindful mediteren op een muffig matje* is een uitstekend tegengif voor oeverloos malen en mijmeren. Een dierbare verliezen geeft vaak veel aanleiding om te malen. Utrechts onderzoek van onder meer Maarten Eisma en Maggie Stroebe toont dat dat helemaal niet goed is (o.a. Eisma, Schut et al., 2015; Eisma, Stroebe et al., 2013). *Waarom mijmert de een zoveel en hoe lukt het de ander om dat niet te doen?* In een promotieproject van Lonneke Lenferink onderzoeken wij dit vraagstuk bij mensen die erg veel aanleiding hebben om te malen: achterblijvers van vermisten. In dit project bekijken we ook of diezelfde mindfulness succesvol is in het tegengaan van aanhoudend gepieker over de lotgevallen van vermiste dierbaren (Lenferink, Wessel, De Keijser, & Boelen, in druk). Het gaat bij achterblijvers van vermisten om een op het eerste gezicht vrij kleine groep. Maar als we denken aan vluchtelingen, die veelvuldig met vermissing van dierbaren te maken hebben, dan zien we dat kennis over rumineren en piekeren bij achterblijvers van vermisten voor een grote groep relevant is.

MAATSCHAPPELIJKE ONDERZOEKSVRAGEN

Ik wil complexe rouw ook binnen het maatschappelijke deelgebied van de psychotraumatologie bestuderen. Het oeuvre van collega’s Kleber en Gersons, en diverse anderen in deze zaal, laat zien dat de maatschappelijke bejegening van slachtoffers van rampen, in de Bijlmer, Enschede, Volendam, Alpen aan de Rijn, het herstel van slachtoffers beïnvloedt (Kleber, Figley, & Gersons, 1995). Het is zinvol om nog beter te begrijpen waarom deze bejegening soms voeding geeft aan emotionele problemen.

Het gaat me hier niet om stille tochten, witte ballonnen, applaudiseren bij lijkwagens waarin collectieve steun en verontwaardiging worden getoond. (Hoewel ik daar best een mening over heb. Te vaak misschien, wordt leed opgeëist door de omgeving zonder dat goed besproken wordt wat nabestaanden *zelf* willen. En soms gaan collectieve rituelen ten koste van persoonlijk contact waar vaak *meer* behoefte aan is.) Mensen zijn na verkeersongevallen en rampen niet altijd tevreden over reacties van overheid, politie, en justitie. Bij sommigen gaat ontevredenheid de verwerking zelfs volledig beheersen. Wat gaat dan mis? Wat gebeurt er in het hoofd van individuele slachtoffers, op het moment dat reacties uit de omgeving vertaald worden in pijn, wrok, en verbittering?

Het gaat hier om vraagstukken die relevant zijn voor partijen betrokken bij de eerste opvang—zoals Impact en Slachtofferhulp Nederland; vragen die uitnodigen tot multidisciplinaire samenwerking.

NAAR EEN STEPPED CARE MODEL

We hebben dus een mooie basis voor een “behandelrichtlijn” voor complexe rouw. En als we deze onderzoeksagenda doorwerken kunnen we de leegtes daarin verder opvullen. Dan ontstaat, als kern van zo’n richtlijn, een “stepped care model voor complexe rouw”. Een model dat verschillende niveaus van ernst van rouw omschrijft, variërend van ongecompliceerde rouw, via eerste tekenen van PCRS (die rouwstoornis dus), naar volwaardige emotionele stoornissen (zoals PCRS en PTSS), tot chronische zeer ernstige psychiatrische problematiek. Een model dat beschrijft welke vragenlijsten en interviews je kunt gebruiken om die verschillende stadia in de ontwikkeling van rouwproblemen in kaart te brengen. Een model dat inzichten geeft in kenmerken en variabelen die samenhangen met

problematisch herstel, en deze inzichten betreft bij advisering over de vraag: wie op welk moment baat heeft bij welke behandeling.¹³

Bij normale rouw kan de professionele hulpverlening zich afzijdig opstellen, en is het goed als de niet-professionele hulpverlening dat ook doet. Hoogstens bieden we normaliserende voorlichting of doen we aan “watchful waiting”. Bij beginnende problemen (oftewel *subsyndromale PCRS*) volstaan eenvoudige aanpakken, als psychoeducatie, of eenvoudige eHealth interventies. Bij syndromale PCRS, een rouwstoornis zonder verdere problemen, is het raadzaam cognitieve gedragstherapie of andere bewezen effectieve behandelingen te bieden.

Waar we nog het minst mee uit de voeten kunnen is de chronische zeer ernstige problematiek na verlies. Ik denk hierbij aan een meneer die ik in behandeling heb; de razendsnelle dood van zijn dochter—nu 5 jaar geleden—na een ziekte die maar vier weken duurde, heeft hem in totale verbijstering achtergelaten. In een parallelle, surrealistische werkelijkheid probeert hij er te zijn voor zijn overgebleven zoon. Maar de echte werkelijkheid is gestopt toen zijn dochter stierf en vervangen door een allesomvattend gemis. Ik denk ook aan een moeder die haar 18 jarige zoon verloor bij een auto-ongeval. Zij heeft de waanachtige overtuiging dat haar zoon op stage is en wel weer een keer thuiskomt. Iedere toespeling op het feit dat hij dood is wordt verontwaardigd afgewimpeld. Ik denk ook aan cliënten uit de “dagbehandeling traumatische rouw” die nu nog niet allemaal voldoende profiteren van wat we bieden. Genoeg te doen dus.

In een drietal projecten samen met Jos de Keijser en Geert Smid, proberen we dit stepped-care denken te verbinden met de praktijk. Het gaat hier om de projecten rouw na moord, rouw na vermissing, en rouw na de MH17; die we uitvoeren in samenwerking met Slachtofferhulp Nederland en Fonds Slachtofferhulp. Het idee achter die projecten is eenvoudig: Nadat een persoon of gezin geconfronteerd is met een traumatisch verlies bieden medewerkers van Slachtofferhulp eerste opvang. Er worden vragenlijsten afgenomen, om te beoordelen of deze opvang voldoende is of dat meer intensieve psychologische hulp nodig is. Als *dat* het geval is, worden nabestaanden doorverwezen naar psychologen die getraind zijn om complexe rouw te behandelen. En tijdens de behandeling wordt gemonitord of nabestaanden voldoende opknappen.

Dit zijn projecten waarin wetenschap en praktijk vervlochten zijn. Wij verzamelen gegevens die licht werpen op de vraag wie vastloopt en wie niet. En tegelijk proberen we de samenwerking tussen verschillende zorgverleners te verbeteren waarbij nabestaanden na traumatische verliezen de zorg krijgen die zij nodig hebben—en die niet zwaarder is dan noodzakelijk.

ONDERWIJS

Ik kom toe aan het laatste deel van mijn betoog. Een van de vragen van de nationale wetenschapsagenda luidt: “*Hoe ontstaan neurologische, psychiatrische, en psychische aandoeningen en hoe kunnen we ze voorkomen, verzachten of verhelpen?*”¹⁴ Ik blijf mij als onderzoeker en als psychotherapeut bezighouden met deze vraag. Daarnaast zal ik studenten blijven opleiden om zich ook met deze vraag bezig te houden.

De PR van de klinisch psychologische *praktijk* onder studenten is goed: klinische psychologie is een populaire studie. Heel veel studenten willen graag therapeut worden. De PR van de klinisch psychologische *wetenschap* kan beter: te veel studenten in ons vakgebied ontwikkelen “statistiek-

¹³ De ideeën over dit model sluiten aan bij inzichten over “stagering” en “profilering” die steeds meer in zwang raken in de psychiatrie (Beekman, Van Os, Van Marle, & Van Harten, 2012).

¹⁴ www.wetenschapsagenda.nl

vrees” en verliezen de schoonheid van wetenschappelijk onderzoek tijdens hun klinische stage wat uit het oog.

In de dynamische geestelijke gezondheidszorg waar veel studenten na hun opleiding aan het werk gaan, is niet zoveel tijd voor kritische reflectie en wetenschappelijke bespiegelingen. Hierdoor kan het gebeuren dat de inzet van nieuwe, aansprekende behandelingen het wint van de inzet van oude, evidence based aanpakken. *Mindful mediteren op een muffig matje* werkt vaak goed—maar saaie cognitieve gedragstherapie werkt vaak beter. Het is dan ook niet geruststellend dat een recente studie toont dat cognitieve gedragstherapie voor depressie, grofweg nog maar half zo effectief is als bij de introductie 40 jaar geleden (Johnson & Friborg, 2015).

Het is belangrijk dat praktiserend klinisch psychologen kritisch blijven denken bij elke ontmoeting met elke nieuwe patiënt. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan, zo geef ik toe. Want, nogmaals, de GGz is een dynamische wereld met continue ontwikkelingen die nauwelijks zijn bij te benen. Minstens zo belangrijk is daarom dat onderzoekers in de klinische psychologie kritisch blijven bekijken hoe zij goed kunnen aansluiten bij de klinische praktijk. Dit betekent onder meer dat zij hun onderzoeksdesign goed moeten blijven afstemmen op deze praktijk. En het is een belangrijke verantwoordelijkheid van onderzoekers, om wetenschappelijke bevindingen, die van betekenis zijn voor de patiëntenzorg, op een toegankelijke manier te delen met de praktijk.

De basis van verbinding tussen praktijk en wetenschap ligt uiteraard in de universitaire opleiding: Een belangrijke missie van de Utrechtse klinische psychologie is om in de bachelor- en masteropleidingen mogelijkheden te creëren voor studenten om psychische aandoeningen zowel in de spreekkamer, als hulpverlener, als in het spreekwoordelijke psychologische laboratorium te bestuderen.

Ik vat samen: een half miljoen mensen krijgt jaarlijks van nabij te maken met verlies. Ongeveer 40% kan baat hebben bij preventieve ondersteuning. Een overvol Galgenwaard loopt vast. Hulp helpt voor een deel van de mensen, maar niet voor iedereen. Dit noodzaakt meer onderzoek naar ontstaan, beloop en behandeling van verschillende stadia van complexe rouw. “Optimisme is een morele plicht”, zei Popper—en dat betekent dat we erop moeten vertrouwen dat dat tot veel goeds leidt.

Paul Boelen, april 2016

www.PaulBoelen.nl

LITERATUUR

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Beekman, A. T. F., Van Os, J., Van Marle, H. J. C., & Van Harten, P. N. (2012). Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 54, 915-920.

Bockting, C. (2015). My optimism wears heavy boots: Towards empirically driven tailored interventions, illustrated by depression research (Inaugural lecture). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Boelen, P. A., Hout, M. A. van den, & Bout, J. van den (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109-128.

Boelen, P. A., Hout, M. A. van den, & Bout, J. van den (2013). Prolonged Grief Disorder: Cognitive behavioral theory and therapy. In M. S. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated Grief* (pp. 221-234). New York: Routledge.

Boelen, P. A., Keijsers, J. de, Hout, M. A. van den, & Bout, J. van den (2007). Treatment of Complicated Grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277-284.

Boelen, P. A., Keijsers, J. de, & Smid, G. (2015). Cognitive behavioural variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 382-390. Doi:10.1037/tra0000018

Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444-452.

Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the inclusion of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36, 771-794

Boelen, P. A., Reijntjes, A. H. A., Djelantik, A. A. A. M. J., & Smid, G. E. (in press). Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Research*.

Boelen, P. A., Schoot, R. van de, Hout, M. van den, Keijsers, J. de, & Bout, J. van den (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress-disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125, 374-378.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.

Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32.

Bryant, R.A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 71, 1332-1339.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 253-259.
- De Heus, A., Hengst, S. M. C., De la Rie, S. M., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (submitted). Day patient treatment for traumatic grief: Feasibility of individual traumatic grief focused therapy embedded in a group-based treatment program.
- Ehlers, A. (2006). Understanding and treating complicated grief: What can we learn from posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 135-140.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., Van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., Lancee, J., & Stroebe, M. S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 729-748.
- Eisma, M., Schut, H., Stroebe, M., Boelen, P. A., Bout, J. van den, & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 163-180.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Stroebe, W., Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 960-970.
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 50, 161-180.
- Hengeveld, M. W. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Johnson, J. G., First, M. B., Block, S., Vanderwerker, L. C., Zivin, K., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2009). Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. *Death Studies*, 33, 691-711.
- Johnsen, T.J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is failing: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-768.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 372-381.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171, 864-871.
- Kleber, R. J. (2007). *Weg van het trauma*. Inaugurele rede. Universiteit van Utrecht.
- Kleber, R. J., Figley, Ch. R. & Gersons, B. P. R. (Eds.) (1995). *Beyond trauma: Cultural and societal dimensions*. New York: Plenum.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75, 76-97.

Lenferink, L. I. M., Wessel, I., de Keijser J, & Boelen, P. A. (in press). Cognitive behavioural therapy for psychopathology in relatives of missing persons: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*.

Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., & Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internetbased therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 23-34.

Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies* 34, 673-698.

Morrison, J. (2014). *DSM-5 Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: Guilford Press.

Olf, M. (2012a). *Verbinden na trauma*. Inaugurele rede. Amsterdam: Boom.

Olf, M. (2012b). Bonding after trauma: on the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18597.

Papa, A., Sewell, M.T., Garrison-Diehn, C., Rummel, C., 2013. A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*, 44, 639-650.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P.K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine* 6(8): e1000121.

Raes, F., Smets, J., Nelis, S., & Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition and Emotion*, 26, 75-82.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166, 293-301.

Rosner, R. Kruse, J., & Hgal, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34, 99-136.

Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucova, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56-063.

Schut, H., Stroebe, M.S., Bout, J. van den & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. III. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1287-1295

Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., De Vries, M. H., & Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.

Smid, G.E., Drogendijk, A.N., Knipscheer, J.W., Boelen, P. A., & Kleber, R.J. (submitted). Loss of loved ones or home due to a disaster: effects over time on sensitivity to ethnic minority stress.

Smid, G.E., Kleber, R.J., de la Rie, S.M., Bos, J.B.A., Gersons, B.P.R., & Boelen, P.A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG). *European Journal of Psychotraumatology*, 2015, 6: 27324 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324>

Spuij, M., van Londen-Huiberts, A., & Boelen, P. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: Feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 349-361.

Spuij, M., Prinzie, P., Dekovic, M., Bout, J. van den, & Boelen, P.A. (2013) The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for Prolonged Grief in children: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 395.

Stroebe, M. S., Schut, H. A. W. & Stroebe, W. (2007). Health consequences of bereavement: A review. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Supiano, K. P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Gerontologist* 54, 840-856.

Van Denderen, M., Keijser, J. de, Huisman, M. & Boelen, P. A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated Post-Traumatic Stress Disorder and Complicated Grief in a community-based sample of homicidally-bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 207-227.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioural therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van den Bout, J., Van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.