

University of Groningen

Diagnostiek en behandeling van complexe rouw de Keijser, Adrianus

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2014

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
de Keijser, A. (2014). *Diagnostiek en behandeling van complexe rouw*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

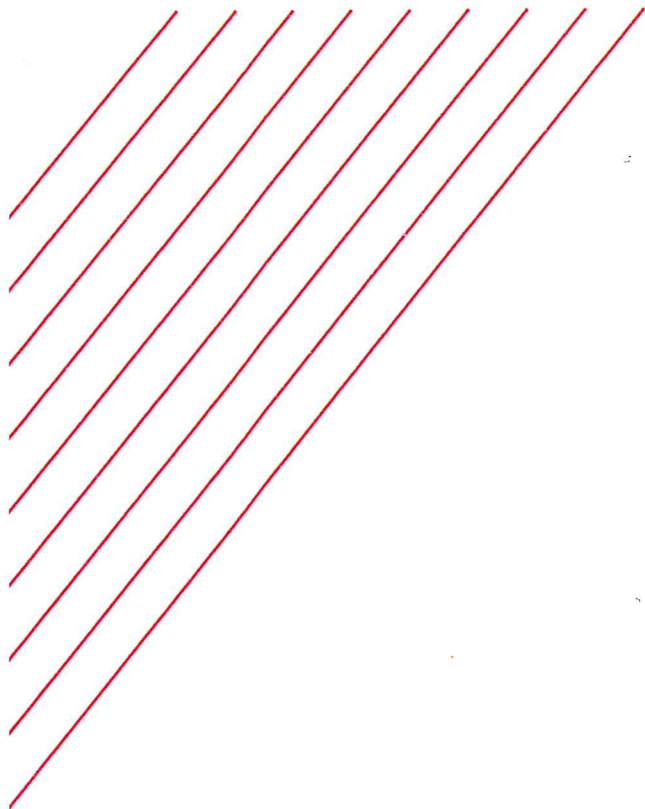
Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



rijksuniversiteit
groningen



Jos de Keijser

Diagnostiek en behandeling van complexe rouw

13 mei 2014

oratie

Diagnostiek en behandeling van complexe rouw

Inaugurele rede uitgesproken op

13 mei 2014

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het
vakgebied van de behandeling van complexe rouw

door

Jos de Keijser
Rijksuniversiteit Groningen

Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het Bestuur van de Stichting Stimuleringsfonds Rouw en leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,

Allereerst wil ik u allen hartelijk welkom heten op onze jarige universiteit. Het verheugt me zeer dat u met zo velen gekomen bent om dit voor mij belangrijke moment mee te maken.

Mijn oratie gaat over de gevolgen van een niet-natuurlijk verlies van een dierbare en hoe psychologen de nabestaanden kunnen helpen. Anders dan in mijn dissertatie (De Keijser, 1997) waarin ik concludeerde dat de inzet van psychologen na een natuurlijk overlijden beperkt moet zijn, zal ik vandaag beweren dat na een niet-natuurlijk overlijden¹ of na persoonsvermissing vele achterblijvers baat hebben bij psychologische interventies, uitgevoerd door goed opgeleide psychologen. De afgelopen decennia heb ik hiernaar onderzoek gedaan en bovendien achterblijvers en nabestaanden gediagnostiseerd en psychologisch behandeld.

Deze oratie heeft als motto een dichtregel van de kortgeleden overleden Fries dichter en vriend Tsjêbbe Hettinga (1995): "Laat het lachen niet aan een ander over, het huilen ook niet".

Psychologie gaat over mensen en ik wil u vanmiddag kennis laten maken met drie mensen:

- 1) Maria, 16 maanden geleden hing haar man zich op in de schuur bij de woning. Hij had ervoor gezorgd dat zijn vrouw en kinderen hem niet vonden, omdat hij vlak voor de daad zijn broer een sms'je stuurde met de boodschap: 'ik kan het niet meer, dit is beter voor iedereen, vind me in de schuur'.
Maria heeft concentratieproblemen, slaapt slecht en heeft de neiging zich terug te trekken, is niet geïnteresseerd in de wereld om haar heen. Ze blijft op de been voor haar twee kinderen van 10 en 12 jaar.

1 Het overlijden ten gevolge van een ongeval of natuurramp valt buiten het kader van deze beschouwing, afgezien van de vraag of dit natuurlijk of niet-natuurlijk is, wordt in deze oratie de in de literatuur gebruikelijke beperking tot gewelddadig, 'man-made' verlies aangehouden.

- 2) Petra, moeder van zoon die wordt vermoord na ruzie met ex-partner van haar schoondochter. Petra wordt met depressieve klachten doorverwezen door de huisarts. Ze is doodmoe, slaapt slecht, gebruikt benzodiazepine en is langdurig uit haar werk. Hoewel de feitelijke toedracht nooit geheel duidelijk is geworden, heeft ze zich van de moord heel precieze beelden gemaakt. Ze kent veel wraakgevoelens jegens de dader en vindt dat hij veel te kort (4 jaar) gestraft is. Haar man praat liever niet over de gebeurtenissen en stort zich op zijn werk.

- 3) Karel, 50 jaar, blijft zoeken naar zijn Filipijnse vrouw met wie hij in Nederland samenleefde. Bij een bezoek aan haar vaderland is ze vermist geraakt. Ze is inmiddels 2 jaar officieel vermist. Na het vertrek van haar familie op de Filipijnen is ze, op weg naar Nederland, verdwenen. Haar familie heeft haar op de trein gezet naar het vliegveld. Ze heeft daar nooit ingecheckt. De autoriteiten hebben Karel geholpen bij zijn zoektocht. Hij is 4 keer daar geweest. Hij heeft zijn eenmanszaak gesloten en is zich geheel gaan richten op het terugvinden van zijn vrouw. Karel piekert veel, heeft stress en slaapklachten en is teleurgesteld in de autoriteiten die volgens hem te weinig doen.

Maria, Petra en Karel; volwassen personen met tenminste één gemeenschappelijke ervaring: het verlies van een dierbaar persoon op een niet-natuurlijke manier. Jaarlijks vinden er in Nederland gemiddeld 1750 suïcides en 130 moorden plaats en raken 550 personen langdurig vermist (CBS, 2013; Schijf, 2013). In vergelijking tot andere landen zijn dit kleine aantallen, maar jaarlijks kampen tussen de tien- en vijftienduizend familieleden en directe vrienden met de gevolgen van een niet-natuurlijk verlies. Tussen 40-80% van hen ontwikkelt psychopathologie in de vorm van post traumatische stress stoornis en/of complexe rouw (Currier, Neimeijer & Berman, 2008; Szumalis & Kutcher, 2011; Van Denderen, De Keijser, Boelen, Huisman, geaccepteerd).
Uit ons Nederlands onderzoek blijkt dat slechts een klein deel van de nabestaanden na suicide of moord gebruik maakt van psychologische

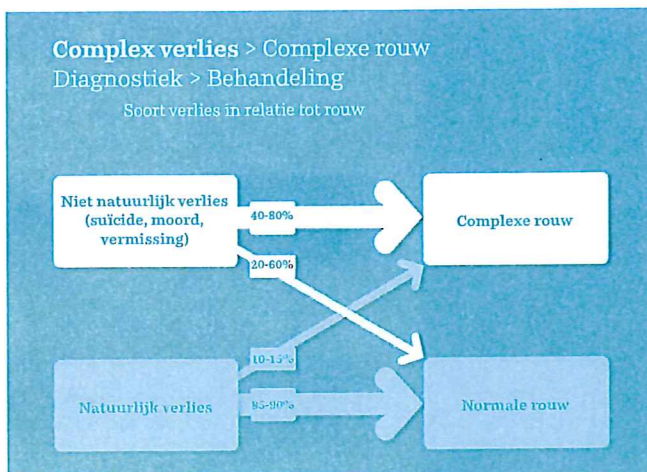
begeleiding, terwijl uit ditzelfde onderzoek blijkt dat velen een verhoogde mate van complexe rouw ervaren: na suïcide circa 40% (De Groot, De Keijser & Neeleman, 2006) en na moord circa 80% (Van Denderen, De Keijser, Huisman & Boelen, geaccepteerd) waarbij minder dan een derde van beide groepen nabestaanden daadwerkelijk gebruik maakt van dit gericht behandelaanbod. Deze zogenaamde 'behandelkloof' is met 67% groot, vergeleken met bijvoorbeeld diabetes (8%), maar ook met andere psychopathologie als depressie (56%) en angst (60%) (WHO, 2008). Mijn wens is om deze kloof voor nabestaanden van niet-natuurlijk overlijden te dichten met goede publieksvoorlichting, diagnostiek en evidence-based behandelingen. Eerst wil ik ingaan op wat ik met een complex verlies en complexe rouw bedoel, om daarna de diagnose en behandeling aan bod te laten komen.

Complex verlies

Complex is een verlies van een persoon door een uitzonderlijke doodsoorzaak. Elk plotselinge verlies maakt het voor de nabestaanden moeilijk de realiteit direct toe te laten, zonder afscheid te nemen of nog iets voor de dierbare te kunnen doen. Uit een grote studie onder 1723 nabestaanden (Currier, Holland & Neimeyer, 2006) komt overtuigend naar voren dat niet het onverwachte, maar het gewelddadige aspect van het verlies complexe rouw voorspelt. Nabestaanden moeten leren omgaan met het verlies, de doodsoorzaak en omstandigheden en met de interactie tussen enerzijds het missen van de dierbare en anderzijds de doodsoorzaak en omstandigheden. In de Angelsaksische taal spreekt men van 'Traumatic Loss' en de groep die in de DSM 5.0 hieromtrent aanbevelingen doet (Traumatic Loss and Grief Special Interest Group of DSM 5.0 (www.dsm5.org)), stelt dat de dood plaatsvond onder traumatische omstandigheden, waarbij de nabestaanden direct of indirect getuigen zijn van de gebeurtenis. In tegenstelling tot eerdere versies wordt in de nieuwe DSM erkenning gegeven aan mensen die een gebeurtenis niet met eigen ogen zien, maar op basis van de verhalen een beeld maken, waar ze vervolgens last van krijgen. De subjectieve beleving van de nabestaande wordt als criterium erkend. De doodsoorzaak *sec* is dus een lastig criterium: een suïcide kan

in overleg met de familie op een vredige wijze hebben plaatsgevonden. Bij een categorisering van doodsoorzaken dient deze nuancering in ogeschouw gehouden te worden. In de praktijk rekenen we tot de complexe verliezen (a) de doodsoorzaak met een intentie tot doden: moord, doodslag, suicide, genocide, familicide, oorlogsgeweld en (b) complexe omstandigheden, zoals vermissing, verlies-op-verlies en meervoudig verlies.

Een complex verlies leidt niet noodzakelijkerwijs tot complexe rouw, maar het is wel een belangrijke risicofactor. In verschillende modellen (takenmodel: Worden, 1992/2009; biobehavioral model: Shear, Frank, Houck & Reynolds, 2006; cognitieve model: Boelen, 2005) wordt rouw beschouwd als een natuurlijk proces, waarbij het verdriet om het gemis van de geliefde minder wordt als de nabestaande deze ervaring integreert in het geheugen en bewustzijn (Maccallum & Bryant, 2011). Het traumatisch materiaal van de doodsoorzaak is moeilijk te integreren, omdat suicide, moord en persoonsvermissing buiten de bandbreedte van de gewone ervaring vallen. Mensen hebben dit nooit eerder meegemaakt en kennen meestal ook niemand die dit heeft meegemaakt. Bovendien zijn ze er mentaal niet op voorbereid en kan deze gebeurtenis dus niet geplaatst worden binnen een bestaand referentiekader. Dit leidt tot voor de persoon vreemde gedachten, ongekende emoties en onbekend gedrag. Petra: "ik ben in een nachtmerrie of film beland".



De kans op complexe rouw na suicide of moord kan, zoals gezegd, geschat worden op 50–70%. Na vermissing is dit cijfer onbekend, maar wordt ook geschat op 50–70% op basis van case-studies (Hazlerigg, 2012). Na een natuurlijk verlies liggen de schattingen tussen de 10 en 15 % complexe rouw (Boerner, Mancini, Bonanno, 2013). Ondanks de grote verschillen in percentages is het aantal nabestaanden dat na een natuurlijk overlijden complexe rouw ontwikkeld in absolute zin groter dan na niet-natuurlijk overlijden, gezien het relatief beperkt aantal personen dat in Nederland overlijdt aan een niet-natuurlijke doodsoorzaak (4% versus 96%; CBS, 2013). Ik ga hier straks bij de behandeling van complexe rouw verder op in.

Complexe rouw

Complexe rouw, als stoornis ook aangeduid met pathologische -, of gecompliceerde rouw en in de DSM 5.0 met “Persisterende complexe rouw-gerelateerde stoornis” (www.dsm5.org, zie kader onder) wordt in de literatuur niet eenduidig gedefinieerd. Dit is waarschijnlijk de reden dat de betreffende DSM-werkgroep complexe rouw heeft opgenomen in de ontwikkelsectie: de criteria moeten eenduidiger geformuleerd worden en het onderzoek geïntensiveerd. Mogelijk dat de ICD-11 komende jaren tot erkenning overgaat. Een consensusgroep (Prigerson, Horowitz, Jacobs et al, 2009) heeft op basis van onderzoek criteria voorgesteld die op een aantal punten afwijken van de persisterende complexe rouw gerelateerde stoornis. Zo is ondermeer de tijd sinds overlijden verschillend (6 versus 12 maanden), is volgens Boelen & Prigerson (2012) niet aangetoond dat ‘moeite hebben met positieve herinneringen’, ‘negatieve zelfbeoordeling’ en ‘de wens om zelf niet meer te leven’ onderscheidende items zijn.

Persisterende complexe rouw-gerelateerde stoornis, voorgestelde criteria

- A. De persoon maakt de dood van een nauwe verwant of een vriend mee minstens 12 maanden * geleden
- B. Sinds de dood is minstens 1 van de volgende symptomen ervaren op meer dagen wel dan niet op een klinisch significant niveau:
1. Blijvende hunkering verlangen naar de overledene
 2. Intens verdriet en emotionele pijn wegens dood
 3. Preoccupatie met overleden persoon
 4. Preoccupatie met de omstandigheden van de dood
- Sinds de dood zijn minstens 6 van de volgende 12 symptomen ervaren op meer dagen wel dan niet op een klinisch significant niveau:
- C. Reactieve stress na overlijden
1. Duidelijke moeite de dood te accepteren.
 2. Geschokt gevoel, overweldigd of emotioneel murw over verlies
 3. Moeite met positieve herinneringen aan de overledene*
 4. Bitterheid of woede met betrekking tot verlies
 5. Negatieve zelfbeoordeling met betrekking tot de overledene of dood*
 6. Bovenmatig vermijden van herinneringen aan het verlies
 7. Wens om niet leven om bij de overledene te zijn*
 8. Moeite met het vertrouwen van andere mensen sinds dood.
 9. Alleen voelen of onthecht te zijn van andere mensen sinds het overlijden
 10. Van mening zijn dat het leven zonder de overledene zonder betekenis of leeg is, of de overtuiging dat men zonder de overledene niet kan functioneren
 11. Verwarring over zijn rol in het leven of een verminderde betekenis die van zijn identiteit (b.v. van mening zijn dat een deel van zichzelf stierf met de overledene)
 12. Moeite met denken aan de toekomst of het deelnemen in sociale activiteiten of contacten
- D. De storing veroorzaakt klinisch significant lijden of stoornis op sociaal, beroeps, of ander belangrijk gebied
- E. Het rouwen toont wezenlijke culturele variatie; de rouwreactie moet onevenredig zijn of inconsistent met culturele of godsdienstige normen

* wijken af van Boelen & Prigerson 2012

Belangrijker dan deze overbrugbare verschillen is het fundament dat ten grondslag ligt aan complexe rouw. De meeste onderzoekers (Boelen, 2005; Shear, Frank, Houck & Reynolds, 2005; Prigerson et al, 2009; Maccullum & Bryant, 2011) verklaren dit tweeledig: een extreme stress- en scheidingsreactie.

Bowlby (1980) onderzocht de relatie tussen onveilige primaire hechting bij jonge kinderen en verlieservaringen op volwassen leeftijd. Deze en andere studies (Parkes & Weiss, 1983; Vanderwerker, Jacobs, Parkes & Prigerson, 2006) leveren empirisch bewijs dat hechtingsproblemen in de vroege jeugd, later bij volwassenen tot scheidingsangst en complexe rouw leiden.

De invloed van stress op het rouwproces is in de tachtiger jaren beschreven (Parkes & Weiss, 1983; Raphael, 1983). Onverwacht, gewelddadig verlies leidt tot een verhoogd spanningsniveau bij nabestaanden en een vergrote kans op complexe rouw (Lobb, Kristjanson, Aoun, Monterosso, Halkett & Davies, 2010). Complexe rouw kan, samengevat, ontstaan door extreme stress ten gevolge van een verlies, door vroege hechtingsproblematiek, maar meestal door een combinatie van beide.

De vraag is welke processen van invloed zijn op de relatie tussen een complex verlies en complexe rouw. In de literatuur (Rynearson, 2006; Kissane & Parnes, 2014; Stroebe, Schut & Van den Bout, 2013) worden, naast emoties en cognities, informatieverwerking, zingeving en de invloed van het gezin als belangrijke procesvariabelen gekenmerkt. Ik zal deze laatste drie toelichten omdat ze in de bestaande modellen onderbelicht blijven.

Informatieverwerking

De meeste personen zijn instaat in de loop van de tijd de nieuwe informatie toe te voegen aan het autobiografisch geheugen (“ik ben een moeder van een overleden kind en moet zonder hem verder leven”). Vandaar dat sommige onderzoekers bij normale rouw² spreken over “geïntegreerde rouw”. Het integreren van verlieservaringen is een pad vol valkuilen: vermijding, negatieve gedachten over het zelf, de wijze van omgang met het verlies en zingevingsvragen dragen bij aan het achterwege blijven van de integratie. Om dit beter te begrijpen wil ik eerst stilstaan bij de functie van het autobiografisch geheugen bij rouw. Williams & Broadbent (1986) ontdekten dat herinneringen van suïcidale patiënten algemener waren dan die van controlepatiënten. Ook bij traumatische herinneringen hebben mensen met PTSS de neiging om globaler terug te denken aan de betreffende gebeurtenis. Dit zogenaamde “overalgemeen autobiografisch geheugen” is een verklaring voor het achterwege blijven van integratie van informatie over het verlies in het autobiografisch geheugen, ook bij complexe rouw (Boelen & Van den Bout, 2010; Morina & Emmelkamp, 2012; Golden, 2013). Nabestaanden met complexe rouw zijn in vergelijking tot nabestaanden met normale rouw veel minder in staat met de AMT (Autobiographical Memory Test) specifieke herinneringen op te halen. Het autobiografisch geheugen kan bij een natuurlijk verlies eenvoudiger de informatie (positief en negatief) toelaten, waardoor de nabestaande beter tot integratie, cq verwerking komt. Bij complexe rouw vindt functionele vermijding plaats van concrete, verlies-gerelateerde herinneringen, erop gericht om emotionele overbelasting tegen te gaan. Dit vermijden neemt verschillende vormen aan, zoals: schuldgevoelens en piekeren na een suïcide; woede en wraakgevoelens na moord en piekeren na persoonsvermissing. Maccallum & Bryant (2011) vonden een positief effect van cognitieve gedragstherapie op het overalgemene autobiografische geheugen bij nabestaanden bij complexe rouw.

² Rouw is het geheel van gevoelens, gedachten en gedrag dat ontstaat ten gevolge van het permanent missen van iets dierbaars (de Keijser, 1997, p 1). Verwerking is het integreren van nieuwe informatie over het verlies in het autobiografisch geheugen. De separatie veroorzaakt bij primaten (Darwin, 1872; Bowlby, 1980) protest en wanhoop. Dit verklaart de emotionele, cognitieve en gedragsmatige reactie op een ingrijpend verlies.

Bij alle vormen van niet-natuurlijk overlijden spelen zingevingsvragen en een aangetast wereldbeeld.

Zingeving

De dood van de geliefde roept bij vele nabestaanden de vraag op naar de zin van het eigen leven. Als nabestaanden zin kunnen geven aan het verlies is dit goed voor het verwerkingsproces. Dit gebeurt bijvoorbeeld na een suïcide als de overledene tijdens het leven langdurig en in ernstige mate heeft geleden en de nabestaanden hem of haar de rust gunnen (De Groot & De Keijser, 2005). Davis & Nolen-Hoeksema (2001) vonden dat nabestaanden betekenis aan het verlies geven door het te verklaren vanuit hun bestaande wereldbeeld. Als het verlies daarbuiten valt, hetgeen meestal het geval is na moord, suïcide of persoonsvermissing, dan wordt de nabestaande opgezadeld met de taak of anders tegen de gebeurtenis aan te gaan kijken of het eigen wereldbeeld te veranderen. Dit roept stress op en verklaart dat zingevingproblemen complexe rouw voorspellen (Lobb et al., 2010; Coleman & Neimeijer, 2010; Manchini, Prati & Black, 2011).

Een gewelddadige dood beschadigt bij de nabestaanden de assumptie dat de wereld veilig en voorspelbaar is (Janoff-Bulman, 1992). Kauffman (2002) stelt dat na een natuurlijk overlijden nabestaanden angstig zijn, maar na gewelddadige dood nabestaanden in paniek raken; de basisassumptie dat “de wereld goed is” wordt vervangen door “de wereld is levensgevaarlijk”. Nabestaanden voelen zich opgejaagd en zeggen zichzelf kwijt geraakt te zijn. Nabestaanden van moord ontwikkelen vaak in eerste instantie assumpties over een onveilige wereld, na persoonsvermissing over de mysterieuze wereld en na suïcide over de schuldige en machteloze mens. Later, na teleurstellingen met autoriteiten en sociale omgeving, worden deze veelal aangevuld met assumpties over een onrechtvaardige wereld en het als slachtoffer gemarginaliseerd worden door de samenleving (Armour, 2002; Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2002; Hazlerigg, 2012).

Gezinscontext

Suicide, moord of persoonsvermissing vinden bijna altijd plaats in een gezinscontext. De Melbourne studies (Kissane, Bloch, Onghena, McKenzie, Snyder & Dowe, 1996) leren ons dat het gezinstype belangrijk is voor de onderlinge steun en versterking van de veerkracht na een verlies. Er zijn *steunende en conflict-oplossende* gezinnen, waar samengewerkt wordt, open over het verlies wordt gecommuniceerd, en in geval van conflicten deze in gezamenlijkheid opgelost worden. Er is een *tussengroep* van gezinnen, die na een verlies slechter gaan communiceren en waarvan sommige leden zich terugtrekken, maar na enige tijd, soms met kortdurende ondersteuning, wordt een nieuw evenwicht gevonden. Daarnaast zijn er *stugge* (slechte communicatie en samenwerking, zonder uitgesproken boosheid) en *vijandige* gezinnen. Deze laatste communiceren niet alleen slecht, maar houden elkaar en de professionele buitenwereld op afstand. Kissane et al. (1996) vinden een relatie tussen deze laatste gezinstypen en complexe rouw. Bij de diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling dient met de gezinscontext en de gezinscommunicatie rekening gehouden te worden.

Diagnostiek

Hoewel de exacte definiëring van complexe rouw nog aan discussie onderhevig is, zijn er reeds langere tijd meetinstrumenten beschikbaar (Prigerson et al., 1995; Boelen, Van den Bout, De Keijser & Hoijsink, 2003), waarmee complexe rouw onderscheiden kan worden van normale rouw, depressie en post traumatische stress stoornis (De Keijser, Van den Bout & Boelen, 1998; Prigerson & Jacobs, 2001; Boelen, Van den Bout & De Keijser, 2003; Boelen et al., 2010; Golden & Dalgleish, 2010). Er is mij geen systematisch onderzoek bekend naar de relatie tussen complexe rouw en persoonlijkheidsproblematiek. Angstige, onzekere en dwangmatig zorgende personen, in de DSM IV geclassificeerd met cluster C persoonlijkheidsproblematiek, hebben na een ingrijpend verlies grotere kans op complexe rouw (Bowlby, 1980; Prigerson, Bierhals, Kasl, et al., 1997). Uit de anamnese zal blijken hoe de persoon functioneerde voor het overlijden van de dierbare. Als aannemelijk is dat de persoonlijkheids-

problematiek door het verlies geactualiseerd is, kunnen beide classificaties benoemd worden en zal de behandelfocus doorgaans in eerste instantie liggen op de complexe rouw. De ervaring leert dat deze behandelingen een langere duur hebben (De Keijser, 2004).

De differentiaal psychodiagnostiek van complexe rouw en depressie is onderwerp van discussie. In de dagelijkse praktijk worden bij aangemelde patiënten met een verliesgebeurtenis in de anamnese veelal de Rouw Vragenlijst (RVL) afgenomen (De Keijser et al., 1998; Boelen et al., 2003) en een depressie-vragenlijst. Bij een hogere RVL-score kan met behulp van het diagnostisch gesprek met de patiënt bevestigd worden of de typische kenmerken van complexe rouw, zoals actief bezig zijn met de overledene en/of de doodsoorzaak overheersen ten opzichte van de 'lege', onverschillige houding van een patiënt in depressieve toestand zonder rouwreactie. Idealiter wordt de RVL op een aantal momenten afgenomen om het proceskarakter van de rouw te meten, een gebrek aan dynamiek is een belangrijke indicatie voor een rouw-gerelateerde behandeling. Met Van den Bout & Kleber (2013) deel ik de wens dat ernstige, langdurige rouw-gerelateerde klachten in de toekomst opgenomen gaan worden in de bestaande classificatiesystemen, zeker als eenduidige criteria voorhanden zijn. Complexe rouw kan op deze wijze als erkende stoornis eerder en beter behandeld worden. Het risico op medicalisering van rouw acht ik klein bij een duidelijk onderscheid tussen normale en complexe rouw en bij goede publieksvoorlichting en scholing van professionals.

Indicatiestelling

Samengevat zijn de behandelindicaties voor complexe rouw:

- Rouw-gerelateerde hulpvraag
- Minimaal 6 maanden een hoog niveau van rouwsymptomen (RVL-score > 39)
- Klinisch significant lijden of stoornis op sociaal-, beroeps-, of ander belangrijk gebied
- Geen verbetering in de loop van het rouwproces (bij herhaalde meting)

- Aanwijzingen voor vroege hechtingsproblemen
- Problemen in de gezinscommunicatie
- Hopeloosheid en/of suïcide-ideatie

Bij hopeloosheid en/of suïcide-ideatie dient ingeschat te worden of een behandeling eerder – voor de 6 maanden periode – kan starten (Simon, 2013), gericht op de complexe rouw of co-morbide depressieve klachten.

Behandeling

De afgelopen decennia zijn honderden interventies voor nabestaanden uitgevoerd en beschreven, globaal te onderscheiden in primaire preventie voor nabestaanden zonder risico op complexe rouw en behandelingen voor nabestaanden met een verhoogd risico op, dan wel de diagnose complexe rouw. Helaas is het aantal gerandomiseerde studies gering. Primaire preventie, waaronder vele vormen van rouwbegeleiding, al dan niet via internet (Stroebe, Van der Houwen & Schut, 2008) blijken doorgaans niet effectief te zijn (Schut, Stroebe, Van den Bout & Terheggen, 2001; Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky & Van Heeringen, 2011). De behandelprogramma's zijn dat wel (Rando, 1993; Shear, Frank, Houck & Reynolds, 2005; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006; Boelen et al., 2007; Maccallum & Bryant, 2011). Deze programma's brengen het aantal nabestaanden met complexe rouw terug.

De behandelingsstudies met alleen psychofarmaca zijn beperkt. Drie studies (Zygmunt, Prigerson, Houck, Miller, Shear, Jacobs & Reynolds, 1998; Simon, Thompson, Pollack & Shear, 2007; Hensley, Slonimski, Uhlenhuth & Clayton, 2009) tonen een gunstig effect van een lage dosering anti-depressieve op de RVL-scores bij nabestaanden met complexe rouw. Anderen (Reynolds, Miller, Pasternak, Frank, Cornes et al., 1999) vinden geen effect.

We hebben cognitieve gedragstherapie voor nabestaanden met complexe rouw vergeleken met supportieve therapie (Boelen et al., 2007), waaruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling is. Alle genoemde effectieve behandelingen bestaan uit psycho-educatie over vermijding en misinterpretaties en hoe dit te veranderen en vervolgens aanmoedigingen

om tot verandering te komen. Gezien het beperkt aantal nabestaanden na moord of suïcide dat in deze studies participeert (circa 20%) kan over het behandelings-effect van deze groepen geen uitspraak gedaan worden. De diverse effectstudies laten een tendens zien dat hoe specifiek een behandeling op de doelgroep wordt afgestemd, hoe groter het effect is (Shear et al., 2005; Tal Young, Iglewicz, Glorioso, Lanouette, Seay, Ilapakurti, & Zisook, 2012; Simon, 2013). De verwachting – mede op basis van eerder genoemde procesvariabelen – is dat specifieke behandelingen voor nabestaanden na respectievelijk suïcide, moord of persoonsvermissing effectiever zijn dan de algemene behandeling. Daarom wil ik de behandeling van deze drie soorten complex verlies verder bespreken.

Suïcide

Na suïcide ervaren nabestaanden vaker dan andere nabestaanden een gevoel afgewezen te zijn, zich te schamen, zichzelf verwijten te maken en de doodsoorzaak te willen verbergen (Sveen & Walby, 2008; Tal Young et al., 2012). Deze nabestaanden zoeken naar verklaringen voor de suïcide en willen zin kunnen geven aan deze gebeurtenis. Een afscheidsbrief of andere aanwijzing denkt ze daarbij te kunnen helpen. Desondanks blijven er bijna altijd onbeantwoorde vragen, waaronder de eigen rol bij het voorkomen van de suïcide. Deze rol wordt retrospectief door nabestaanden doorgaans overschat, met als gevolg schuldgevoel en zelfverwijt. Laatste momenten in het contact worden keer op keer in gedachten herhaald, zoekend naar signalen die de overledene mogelijk gegeven heeft. Partners en kinderen begrijpen niet waarom de overledene de intieme band verbroken heeft en vinden dit moeilijk te bespreken.

Er zijn verschillende interventies voor nabestaanden na suïcide beschreven (Jordan & McManamy, 2011; Szumalis & Kutcher, 2011) maar helaas slechts enkele onderzocht. Murphy (2006) onderzocht een 20 uur durend groepsprogramma voor ouders van wie een kind door niet-natuurlijke dood was gestorven. De ouders als geheel verbeterden niet vergeleken met een controlegroep zonder gericht hulpaanbod, maar moeders hadden na 6 maanden minder rouwsymptomen dan moeders in de controlegroep.

In de IMPRESS-studie (De Groot, De Keijser, Neeleman, Kerkhof, Nolen & Burger, 2007) kregen 68 nabestaanden na een suicide een 8 uur durend cognitief preventieprogramma aangeboden. In vergelijking met de controlegroep waren er na 6 maanden geen verschillen op het gebied van depressie, wel ten aanzien van gecompliceerde rouw, waarbij met name de zelfverwijten opvallend sterk afgenomen waren.

Maria

Wordt na ziekteverzuim door de bedrijfsarts verwezen voor psychologische hulp. Ze vertelt haar psycholoog zich alleen 's nachts diep onder de dekens veilig te voelen. Ze slaapt licht, droomt over Mark, haar overleden man die steeds wat wil zeggen, maar het touw om zijn nek maakt zijn woorden onverstaaanbaar. Ze voelt zich in de steek gelaten, maar denkt tegelijk dat Mark het heeft gedaan om zijn gezin te ontlasten. In een cognitieve therapie van 10 keer leert ze ontspanningsoefeningen om zich voor het slapengaan beter te ontspannen en ze ordent haar gedachten. Haar kerngedachten concentreren zich rond: 'als ik niet voor anderen zorg ben ik een slecht persoon'. Ze heeft van jongs af aan geleerd dat anderen altijd voorgaan. De relatie met Mark bevestigde dat en nu gaan de kinderen voor. Rouwen betekent zelfstandig voelen en denken. Door zich bij de psycholoog en in aanwezigheid van vertrouwde familieleden en vrienden te uiten, leert ze de eigen behoefte beter te kennen en kan ze haar schuldgevoelens loslaten.

Moord

Nabestaanden van moord moeten leren omgaan met het gegeven dat de dader de dierbare willens en wetens van het leven heeft beroofd. Ze moeten de pijn van de separatie, gecombineerd met de emotionele gevolgen van de traumatische wijze van het verlies zien te verwerken. Deze vervlechting van gevoelens verzwaart beide processen (Kristensen, Weisæth, & Heir, 2012). Daarnaast leidt moord tot onbeheersbare media-aandacht en langdurige contacten met politie en justitie (Rynearson, Schut & Stroebe, 2013). Veel nabestaanden zijn boos en hebben wraakgevoelens jegens de

dader. Uit onze studies blijkt dat boosheid, wraak en piekeren over de dader en de moord samenhangt met vermijding van integratie van de gebeurtenis in het autobiografisch geheugen (Van Denderen, De Keijser, Gerlsma, Huisman & Boelen, geaccepteerd; Boelen, De Keijser & Smid, ingediend) en dus met complexe rouw. De bestaande studies, waaronder onze Nederlandse, vinden hoge scores op complexe rouw (circa 82%) en PTSS (circa 33%), zelfs meer dan 10 jaar na de moord (Nakajima, Masaya, Akemi, & Takako, 2012; McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams & Lawson, 2012; Van Denderen et al., geaccepteerd). Twee gecontroleerde interventiestudies zijn verricht. De Nederlandse studie was gericht op familieleden van vermoorde personen die hoog scoorden op complexe rouw en PTSS. In verband met de hoge PTSS scores bestond de interventie naast psycho-educatie en een gezinsgesprek uit EMDR en CGT. Deze behandeling is effectief vergeleken met een wachtlijst-controleconditie (Van Denderen & De Keijser, geaccepteerd).

Andere veel geciteerde, maar helaas nog niet goed onderzochte interventies zijn gebaseerd op de narratieve benadering (Currier & Neimeyer, 2006; Neimeyer, Burke, Mackay & Van Dyke Stringer, 2010), waarbij nabestaanden hun levensverhaal steeds opnieuw vertellen en het als het ware reconstrueren. Ervaringen waar “geen woorden voor zijn” worden verwoord; zoals het verlies van een toekomst zonder de overledene, het zoeken naar een ander zingevingskader, het zichzelf opnieuw beschrijven zijn vormen van narratieve integratie. De therapeut is een goed luisteraar die helpt woorden te vinden voor deze ervaringen en de nabestaanden hiermee een referentiekader te bieden.

Petra

Twee jaar na de moord op haar zoon, gaat nog dagelijks het beeld door haar hoofd hoe hij vermoord is. In therapie start ze met drie sessies EMDR, waarbij verschillende voorstellingen rond de dood van haar zoon behandeld worden. Verdriet, boosheid en wraakgevoelens worden gedesensitiseerd. De therapeut stimuleert Petra bovendien om de automatische gedachte 'ik heb gefaald als moeder' geleidelijk aan te vervangen door een neutrale gedachte: 'ik doe mijn best, maar heb niet alles in de hand'. Petra houdt een gedachtendagboek bij met negatieve en neutrale gedachten. Ze ervaart dat ze rustiger wordt als ze zich geen voorstellingen maakt over de dader en meer aandacht besteed aan haar levende kinderen. Na 8 sessies heeft ze in vergelijking tot 3 maanden terug minder PTSS en rouwklachten.

Persoonsvermissing

Emotionele reacties die ervaren worden door familieleden van vermisten zijn divers en omvatten gevoelens van verdriet, piekeren, schuld, woede en hoop, alsook slapeloosheid, verslaving en gezondheidsproblemen (DeYoung & Buzzi, 2003; Holmes, 2008; Clark, Warburton, & Tilse, 2009; Lampinen, Arnal, Culbertson-Faegre & Sweeney, 2010). Boss (2002, 2007) legt een relatie met depressie, angst en familieconflicten bij vermissing. Anderen (DeYoung & Buzzi, 2003) stellen op basis van onderzoek dat ouders van vermiste kinderen zwaardere en langduriger stressklachten ervaren dan ouders die hun kind verloren door moord. Het lijkt dus zo te zijn dat achterblijvers meer rust kunnen vinden in een overleden dierbare dan in een vermiste.

Verwanten van vermisten zijn, evenals nabestaanden van moord, teleurgesteld in justitie, politie en media. Hazlerigg (2012) stelt dat persoonsvermissing minder over één gebeurtenis gaat, maar over de ervaren realiteit: iemand is verdwenen, daar komt geen einde aan, het trauma gaat door, misschien wel levenslang. Piekeren en mentaal blijven zoeken naar oplossingen put de verwanten uit.

De professionele psychologische opvang van de verwanten staat wereldwijd in de kinderschoenen. Bestaande interventies voor rouw schieten te

kort, gezien het ambigue karakter van het verlies. In Engeland wordt sinds kort geëxperimenteerd met Mindfulness based Cognitieve Therapie (Hazlerigg, 2012; Glasscock, 2013) dat kan verwanten mogelijk helpen tegen het rumineren.

Karel

Hij mist zijn vrouw en krijgt psychologische begeleiding omdat de huisarts denkt dat hij depressief wordt. De therapeut neemt met hem literatuur door over de emotionele gevolgen van vermissing en over mindfulness (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007), waarna hij gaat oefenen met mediteren. Steeds als hij zich tracht open te stellen voor deze oefeningen, komen er gedachten in zijn hoofd "ik mag niet rusten voordat ik haar gevonden heb". Hij bespreekt deze gedachten met de psycholoog die het dilemma erkent: op dit moment is hij nog de enige die naar haar zoekt, anderzijds door zijn psychische klachten kan hij deze taak niet goed uitvoeren. Met de mindfulness richt hij zijn aandacht op het hier-en-nu: "het is nu belangrijk om goed te slapen", "nu weet ik niet waar ze is, ik wil sterk zijn voor de toekomst".

Na 8 sessies stopt de psychologische begeleiding. Karel heeft minder stressklachten, werkt weer, maar ... heeft een nieuwe reis naar de Filipijnen gepland.

Belemmerende factoren model

	Suicide	Moord	Persoonsvermissing
Emotioneel	Schuld, schok, verdriet, soms boosheid	Boosheid, wraak, angst, schok, verdriet	Ambigue rouw, angst, schok, verdriet
Cognitief	Zelfverwilt Wereldbeeld aangetast/zingeving In de steek gelaten	Wereldbeeld aangetast/zingeving	Acceptatieprobleem Rumineren Wereldbeeld aangetast/zingeving
Praktisch	Media, sociale omgeving	Justitie, media, sociale omgeving	Justitie, financieel, media, sociale omgeving
Behandeling	CGT+ (+ op schuld/zelfverwilt)	CGT & EMDR	CGT/Mindfulness (MbCT)

Samenvattend, voor de behandeling van complexe rouw na een niet-natuurlijk overlijden, pleit ik voor het hanteren van het 'belemmerende factoren model'. Specifieke behandelingen, met aandacht voor de eigen kenmerken van het soort verlies leiden tot betere effecten (Kristensen et al., 2012). Hierbij dienen natuurlijk ook andere belemmerende factoren, als gezinscontext en vroege hechtingsstoornis betrokken te worden.

Agenda

In het bestek van deze oratie kan ik niet al mijn plannen uiteenzetten. Het is mij een doorn in het oog dat te veel nabestaanden met complexe rouw niet of veel te laat behandeld worden! Ik heb geprobeerd aan te tonen dat bestaande psychologische behandelingen het leed deels kunnen verzachten. Daar kunnen psychologen, beleidsmakers en nabestaandenorganisaties wat aan doen. Mij beperkend tot mijn beroepsgroep wil ik mij inzetten voor voldoende en goed opgeleide psychologen en psychotherapeuten die evidence-based behandelingen uit kunnen voeren. De komende jaren wil ik het onderwijs over en onderzoek naar de behandeling van complexe rouw voortzetten. Voor bachelor- en masterpsychologen is het belangrijk kennis te nemen van de gevolgen van een complex verlies en de relatie tussen depressie en complexe rouw. De gezondheidszorg psycholoog dient een richtlijnbehandeling complexe rouw uit te kunnen voeren; psychotherapeuten en klinisch psychologen daarbij ook de behandeling van complexe rouw met co-morbiditeit, waarbij de klinisch psycholoog ook de complexe psychodiagnostiek uitvoert. Dit onderwijs kan efficiënter en beter. Twee ontwikkelingen zijn daarbij belangrijke hulpmiddelen: het competentiegericht opleiden en het werken met e-learning, waar we bij de invoering van de richtlijn suïcidepreventie (De Beurs, De Groot, De Keijser, Verwey et al., 2013; Van Hemert, Kerkhof, De Keijser & Verwey, 2012) relevante ervaringen hebben opgedaan. Ik wil binnen deze leeropdracht deze kennis graag uitwerken, samen met de Amsterdamse onderzoeksgroep. Qua onderzoek verheug ik me op de samenwerking met collega Boelen. Recent zijn we gestart met het onderzoek naar de emotionele gevolgen van vermissing. We willen de aard en omvang van de psychische klachten

en de rol van ruminatie inventariseren en vaststellen of een mindfulness behandeling effectief kan bijdragen aan klachtenverlichting.

Het is mijn wens om de behandeling van zeer complexe hulpvragen in samenhang met de Ambulatoria van Groningen en Utrecht en met het Centrum '45 ter hand te nemen. Het landelijk kennisnetwerk, zoals zich momenteel rond de behandeling van nabestaanden van moord en vermissing vormt, kan een pijler van deze samenwerking vormen.

Te weinig is nog bekend van de effecten van psychologische behandeling bij meervoudige verliezen, bijvoorbeeld door het verkeer, (natuur)rampen, aanslagen, familicide of genocide (Schaal, Jacob, Dusingizemungu & Elbert, 2010; Matabaruka, Séjourné, Bui, Birmes & Chabrol, 2012; Kristensen et al., 2012; Stroebe et al., 2013).

Opmerkelijk weinig studies zijn ook uitgevoerd naar de psychische gevolgen na verlies door oorlogsgeweld voor nabestaanden van burgerslachtoffers en van militairen. De psychische schade ten gevolge van oorlog is uitgebreid onderzocht ('war neuroses') uitmondend in de diagnose posttraumatische stress en opvang kort na een ingrijpend verlies (Morina, Von Lersner & Prigerson, 2011). Echter, over complexe rouw door oorlogsgeweld en de behandeling is onvoldoende bekend (Benedek & Ursano, 2006; Morina, Reschke & Hofmann, 2011; Morina & Emmelkamp, 2012).

Dit soort onderzoek vraagt een internationale aanpak. Nederland is daarvoor een goede uitvalsbasis: onze zorg is goed georganiseerd en er bestaat een positieve grondhouding ten opzichte van onderzoek.

Bovendien is hier doorgaans meer geld en kennis voorhanden dan in de gebieden waar veel gruwelijkheden zich afspelen.

Het zou mooi zijn als we over enige jaren over een behandelrichtlijn complexe rouw konden beschikken en nabestaanden alleen met effectieve behandelingen geholpen zouden worden. Voor die tijd zou veel meer bekend moeten zijn van de lange termijn effecten van psychologische behandelingen van complexe rouw, van gecombineerde farmacologische en psychologische behandelingen en van gecombineerde (blended) psychologische en internet-behandelingen. Bovendien zijn de bijwerkingen van psychologische rouw-behandelingen onvoldoende onderzocht en de lange termijn gevolgen van een complex verlies. Er is, kortom, nog genoeg werk aan de winkel.

Dankwoord

Mijn dank wil ik uitspreken aan het Stimuleringsfonds Rouw dat deze bijzondere leerstoel heeft ingesteld en de voortvarendheid van Klaas Dirk Bruintjes.

Ik wil het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen en bestuur van de Faculteit GMW, met name de decaan, Hooggeleerde Henk Kiers, danken voor de bereidheid gastvrijheid te verlenen aan deze bijzondere leerstoel. Verder ook veel waardering voor prof. dr. Peter de Jong, voor zijn inspirerende houding.

Deze leerstoel verbindt de universitaire en post masteropleiding psychologie, Opleidingsinstituut PPO, in nog sterkere mate met elkaar. Ik waardeer mijn collega's van PPO voor hun dagelijkse morele en praktische steun en de support vanuit het Stichtingsbestuur.

Mijn tweede werkgever, GGZ Friesland, geeft mij de ruimte mijn klinische vaardigheden uit te oefenen en stimuleert mijn wetenschappelijke activiteiten.

Fonds Slachtofferhulp heeft met twee grote subsidies bijgedragen aan het onderzoek bij deze vergeten groepen nabestaanden en is niet alleen schenkend, maar ook meedenkend.

De nabestaandenorganisaties, ook hier aanwezig (VVRS, VOVK, VAV, Platform Nabestaanden) ben ik erkentelijk voor de open samenwerking. Veel dank, tenslotte aan mijn ouders en familie en mijn gezin: Cora, Nick, Max en Jesse met wie ik kan lachen en huilen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

Armour, M. (2002). Journey of family members of homicide victims: A qualitative study of their posthomicide experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72,3, 372-382.

Benedek, D.M. & Ursano, R.J. (2006). Mass violent death and military communities: Domains of response in military operations, disaster and terrorism. In: E.K. Rynearson (Ed.) *Violent death. Resilience and intervention beyond the crisis* (295-310). New York: Routledge.

Boelen, P.A. (2005). *Complicated grief. Assessment, theory, and treatment*. University of Utrecht.

Boelen, P.A., De Keijser, J., Van den Hout, M. A. & Van den Bout, J. (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. & 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., Van den Bout, J. & De Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339-1341.

Boelen, P.A., Van den Bout, J., De Keijser, J. & Hoijtink, H. (2003). Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief. *Death Studies*, 27, 227-247.

Boelen, P.A. & Van den Bout, J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress-disorder. *Psychologica Belgica*, 50, 49-67.

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

Boelen, P.A., De Keijser, J. & Smid, G. (ingediend). Cognitive behavioural variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology.

Boerner, K., Mancini, A.D. & Bonanno, G. (2013). On the nature and prevalence of uncomplicated and complicated patterns of grief. In: Stroebe, M., Schut, H. & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (p. 55-67). London: Routledge.

Boss, P.G. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Process*, 41: 14-17.

Boss, P.G. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56: 105-111.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

CBS, statline (2013). Sterftcijfers in Nederland 2013.

Clark, J., Warburton, J. & Tilse, C. (2009). Missing siblings: Seeking more adequate social responses. *Child and Family Social Work*, 14: 267-277.

Coleman, R.A. & Neimeyer, R.A. (2010). Measuring meaning: Searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34, 804-834.

Currier, J.M., Holland, J.M. & Neimeyer, R.A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.

Currier, J.M. & Neimeyer, R.A. (2006). Fragmented stories: The narrative integration of violent loss. In: E.K. Rynearson (Ed.), (2007) *Violent death. Resilience and intervention beyond the crisis*. (pp. 85–100). New York: Routledge.

Currier, J.M., Neimeyer, R.A. & Berman, J.S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for the bereaved: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648–661.

Darwin, C.R. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.

Davis, C.G. & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44, 726–741.

De Beurs, D., De Groot, M., De Keijser, J., Verwey, B., Mokkenstorm, J., Van Duijn, E., Van Hemert, B., Verlinde, L., Spijker, J., Van Luijn, B., Vink, J. & Kerkhof, A. (2013). Improving the application of a suicide prevention practice guideline: Cluster RCT study protocol of an e-learning supported Train the Trainer program, *Trails*, 14:9.

De Groot, M. & De Keijser, J. (2005). *Verlies door suïcide. Werkboek voor nabestaanden*. Kampen: Uitgeverij Ten Have.

De Groot, M.H., De Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A.J.F.M., Nolen, W.A. & Burger, H. (2007). Cognitive-behavior therapy to prevent complicated grief among first-degree relatives and spouses bereaved by suicide. A cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334:994–996.

De Groot, M.H, De Keijser, J. & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36:419–433.

De Keijser, J. (1997) *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Amsterdam: Thesis Publishers.

De Keijser, J. (2004). Gecomplieerde rouw. Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30:60-69.

De Keijser, J., Van den Bout, J. & Boelen, P.A. (1998). Gecomplieerde rouw: klinisch beeld, classificatie en diagnostiek. In: J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 26-42). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

DeYoung, R. & Buzzi, B. (2003). Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *Omega*, XLVII(4),343-360.

Glasscock, G. (2013). Australian families of long-term missing people: Narrating their lived experience. Presentation at First International Conference on Missing Children & Adults. Porthmonth, UK.

Golden, A.M. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178(2):336-341.

Golden, A.J. (2013). Autographical memory processes in complicated grief. In: Stroebe, M., Schut, H. & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. London: Routledge.

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72, 185-194.

Hazlerigg, C. (2012). Living better when living in Limbo: Exploring the role of a mindfulness based intervention in supporting those left behind when someone disappears. Internal paper.

Hensley, P.L., Slonimski, C.K., Uhlenhuth, E.H. & Clayton, P.J. (2009). Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2):142-149.

Hettinga, T. (1995). Het Vaderpaard. In: *Vreemde kusten*. Amsterdam: Atlas.

Holmes, L. (2008). Living in Limbo: The experiences of, and impacts on, the families of missing people (London: Missing People <http://www.missingpeople.org.uk/limbo>).

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Free Press.

Jordan, J. R. & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34: 337-349.

Kauffman, J. (2002). The psychology of disenfranchised grief: Liberation, shame, and self-disenfranchisement. In: K. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice* (pp. 61-77), Champaign, IL: Research Press.

Kissane, D.W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D.P., Snyder, R.D. & Dowe, D.L. (1996). The Melbourne family grief study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*, 153, 659-666.

Kissane, D. & Parnes, F. (2014). *Bereavement care for families*. London: Routledge.

Kristensen, P. Weisæth, L. & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1):76-97.

- Lampinen, J.M., Arnal, J.D., Culbertson-Faegre, A. & Sweeney, L. (2010). Missing and abducted children. In: J.M. Lampinen & K. Sexton-Radek (Eds.). *Protecting children from violence: Evidence based interventions*. (pp. 129-165). New York: Psychology Press.
- Lobb, E.L., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K.B & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34:8, 673-698.
- MacCallum F. & Bryant R.A. (2011). Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 26-31.
- Mancini, A.D., Prati, G. & Black, S. (2011). Self-worth mediates the effects of violent loss on PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1):116-20.
- Matabaruka, J., Séjourné, N., Bui, E., Birmes, P. & Chabrol, H.(2012). Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda. *Stress and Health*, 28(4):289-96.
- McDevitt-Murphy, M., Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Williams, J.L. & Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 303-311.
- Morina, N. & Emmelkamp, P.(2012). Mental health outcomes of widowed and married mothers after war, *British Journal of Psychiatry*, 200, 158-159.
- Morina, N., Reschke, K. & Hofmann, S.G. (2011). Long-term outcomes of war-related death of family members in Kosovar civilian war survivors. *Death Studies*, 35: 365-372.
- Morina, N., Von Lersner, U. & Prigerson, H.G. (2011). War and bereavement: Consequences for mental and physical distress. *PLoS ONE*, 6(7).

Murphy, S.A. (2006). Evidence-based interventions for parents following their children's violent deaths. In: E.K. Rynearson (Ed.) *Violent death: Resilience and intervention beyond the crisis* (pp. 175-194). New York: Routledge.

Nakajima, S., Masaya, I. Akemi, S. & Takako, K. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: The effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14:210-214.

Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Mackay, M.M. & Van Dyke Stringer, J.G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40,73-83.

Parkes, C. & Weiss, R. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.

Prigerson, H.G. & Jacobs, S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W. & Schut, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. American Psychological Association Press, Washington, DC, pp. 613-647.

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, C.F. 3rd, Shear, M.K., Day, N., Berry, L.C., Newsom, J.T. & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154:616-623.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M, et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8).

- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign Ill.: Research Press.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.
- Reynolds, C.F., Miller, M.D. Pasternak, R.E, Frank,E., Perel, J.M., Cornes, C., Houck, P.R., Mazumdar, S., Dew, S.W. & Kupfer, D.J. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156(2):202-208.
- Rynearson, E.K., Schut, H. & Stroebe, M. (2013). Complicated grief after violent death: Identification and intervention. In: Stroebe, M., Schut, H. & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. London: Routledge, pp.278-294.
- Rynearson, E.K. (Ed.). (2006). *Violent death. Resilience and intervention beyond the crisis*. New York: Routledge.
- Schaal, S., Jacob. N., Dusingizemungu, J. & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors, *BMC Psychiatry*, 10: 55.
- Schijf, I. (2013). International parental abduction of children. Presentation at First International Conference of Missing Children and Adults. Portsmouth, 18-06-2013.
- Schut, H., Stroebe, M.S., Van den Bout, J. & 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*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 705-737.

- Shear, M.K., Fagiolini, A., Houck, P. et al. (2006). Escitalopram for complicated grief: A pilot study. Paper presentation at: 46th Annual Meeting of New Clinical Drug Evaluation Unit; June 3.
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- Simon, N.M., Thompson, E.H., Pollack, M.H. & Shear, M.K. (2007). Complicated grief: A case series using escitalopram. *American Journal of Psychiatry*, 164(11):1760-1761.
- Simon, N. M.(2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310(4):416-423.
- Stroebe, M.S., Van der Houwen, H.K. & Schut, H.A.W. (2008). Bereavement support, intervention, and research on the Internet: A critical review. In M.S. Stroebe, R. Hansson, H.A.W. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives* (pp. 551-574). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H. & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. London: Routledge.
- Sveen, C.A. & Walby, F.A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 38:13-29.
- Szumalis, M. & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Journal of Public Health*, 102(1):18-29.
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2):177-186.

Van den Bout, J. & Kleber, R. (2013). Lessons from PTSD for complicated grief as a new DSM mental disorder. In: Stroebe, M., Schut, H. & Van den Bout, J. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. London: Routledge, pp.115-128.

Van Denderen, M. & De Keijser, J. (geaccepteerd). Behandeling na moord: het EMDR/CGT behandelprotocol. In: J. Maes & H. Modderman. *Handboek Rouw*.

Van Denderen, M., De Keijser, J., Gerlsma, C., Huisman, M. & Boelen, P.A. (geaccepteerd). Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behaviour*.

Van Denderen, M., De Keijser, J., Huisman, M. & Boelen, P.A. (geaccepteerd). Prevalence and correlates of self-rated Post-Traumatic Stress Disorder and Complicated Grief in homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*.

Van Denderen, M. De Keijser, J., Kleen, M. & Boelen, P.A. (geaccepteerd). Psychopathology among homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*.

Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J. & Verwey, B. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vanderwerker, L., Jacobs, S. Parkes, C.M. & Prigerson, H.G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 121-123.

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

WHO (2008). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Report WHO.

Williams, J.M. G. & Broadbent, K. (1986). Distraction by emotional stimuli: Use of a Stroop task with suicide attempters. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 101–110.

Williams, M., Teasdale, J. Segal, Z & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en de bevrijding van depressie*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 31(1):69-78.

Worden, J. W. (1982/2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4rth edition). New York: Springer.

www.dsm5.org Section: Traumatic Loss and Grief Special Interest Group of DSM 5.0.

Zygmunt, M., Prigerson, H.G., Houck, P.R., Miller, M.D., Shear, M.K., Jacobs, S. & Reynolds, C.F. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5):241-245.

Met dank aan

Stimuleringsfonds Rouw

Fonds
Slachtofferhulp





Prof. dr. Jos de Keijser (Rotterdam, 1958), klinisch psycholoog en psychotherapeut, is vanaf 2009 werkzaam bij de Rijksuniversiteit Groningen. Hij is hoofdopleider van de postmaster beroepsopleiding tot psychotherapeut en klinisch psycholoog voor de regio Oost-Noord Nederland en tevens directeur van het Opleidingsinstituut PPO. In september 2013 is hij vanwege de Stichting Simuleringsfonds Rouw benoemd tot bijzonder hoogleraar klinische psychologie met de leeropdracht behandeling van complexe rouw. Over dit onderwerp praktiseert, publiceert en doceert hij reeds 25 jaar; als uitvoerend klinisch psycholoog en psychotherapeut werkt hij bij GGZ Friesland.

Nec letum timen, genus est miserabile leti. 't Is niet de dood die 'k vrees, doch 't aaklig soort van dood, aldus de Romeinse dichter Ovidius (43 v.C. - 17 n.C.). Verdriet is zo oud als de mensheid, zo ook het besef dat de wijze van overlijden grote gevolgen heeft voor de nabestaanden. Rouwen is een natuurlijk proces waar normaliter geen psychologen aan te pas hoeven te komen. Dat wordt anders als iemand komt te overlijden op een niet-natuurlijke manier. Dan is de kans op complexe rouw groot. Veel hierdoor getroffen nabestaanden worden niet of veel te laat behandeld. Deze oratie gaat over de gevolgen van een complex verlies, zoals na moord, suicide of persoonsvermissing en hoe complexe rouw ontstaat en behandeld kan worden. Er bestaan effectieve psychologische behandelingen waardoor het klachtenniveau van de nabestaanden ten gevolge van de behandeling daalt. De Keijser wil als bijzonder hoogleraar bijdragen aan het onderzoek naar en onderwijs over de behandeling van complexe rouw.



Faculteit GMW /
Opleidingsinstituut PPO
Damsterplein 6
9711 SX Groningen
T 050-820 05 60
W www.ppo-opleidingen.nl