

Traumatische rouw bij nabestaanden na geweldsmisdrijven: diagnostiek en behandeling

Geert Smid

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2023, 53 (2), 151-160]

"En het pijnlijkste is de wrede manier waarop hij stierf. Echt, dat is gewoon het meest wrede wat ik kan bedenken." Een nabestaande

Volgens het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek (2022) is 5,4% van alle overlijdens in Nederland in 2020 (9030 van 168.678) het uiteindelijke gevolg van uitwendige (niet-natuurlijke) doodsoorzaken. Het gaat hierbij om ongevallen (71,2%, 6433), zelfdoding (20,2%, 1823), moord en doodslag (1,2%, 107), overig geweld (7,1%, 639) en gebeurtenissen opzet onbekend (0,3%, 28). Bij nabestaanden is het risico op traumatische rouw na een dergelijk 'traumatisch' verlies sterk verhoogd vergeleken met een verlies door ziekte van een dierbare. Van traumatische rouw is sprake bij ernstige psychische klachten na een als traumatisch ervaren verlies van (een) dierbare(n).

De belangstelling voor traumatische rouw is toegenomen dankzij recente ontwikkelingen in internationale diagnostische systemen. Onlangs werd de persisterende rouwstoornis (*prolonged grief disorder*) opgenomen in de ICD-11 (World Health Organization, 2019) evenals in de tekstrevisie van de DSM-5 (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) waar ze de voorlopige categorie persisterende complexe rouwstoornis vervangt. De drempel voor het voldoen aan criteria van persisterende rouwstoornis is hoger volgens DSM-5-TR dan volgens ICD-11; overigens is de beschrijving van de stoornis in beide classificatiesystemen sterk gelijkend. De criteria van de persisterende rouwstoornis volgens DSM-5-TR zijn in verkorte vorm weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Verkorte diagnostische criteria van de persisterende rouwstoornis volgens DSM-5-TR (APA, 2022).

| | |
|---|--|
| A | De dood van een dierbare ten minste 12 maanden geleden. |
| B | Sinds het overlijden is er een rouwreactie die wordt gekenmerkt door een intens gemis van of verlangen naar de overledene of een preoccupatie met gedachten of herinneringen aan de overledene. Deze respons is gedurende ten minste de afgelopen maand bijna elke dag in klinisch significante mate aanwezig. |
| C | Als gevolg van het overlijden werden ten minste 3 van de volgende symptomen in klinisch significante mate ervaren, bijna elke dag, gedurende ten minste de afgelopen maand: |
| 1 | Identiteitsverstoring (bijvoorbeeld het gevoel alsof een deel van zichzelf is overleden); |
| 2 | Een duidelijk gevoel van ongelof over de dood; |
| 3 | Vermijding van herinneringen dat de persoon dood is; |
| 4 | Intense emotionele pijn (bijvoorbeeld woede, bitterheid, verdriet) gerelateerd aan de dood; |
| 5 | Moelijkheden om verder te gaan met het leven (bijvoorbeeld problemen bij omgaan met vrienden, nastreven van interesses, plannen maken voor de toekomst); |
| 6 | Emotionele gevoelloosheid of onvermogen om een positieve stemming te ervaren; |
| 7 | Gevoel dat het leven zinloos is; |
| 8 | Intense eenzaamheid (dit wil zeggen zich alleen voelen of onthecht van anderen). |
| D | De stoornis veroorzaakt klinisch significant lijden of beperkingen op sociaal, beroepsmatig of andere belangrijke gebieden van functioneren. |
| E | De duur van de rouwreactie overtreft duidelijk de verwachte sociale, culturele of religieuze normen voor de cultuur en context van het individu. |
| F | De symptomen worden niet beter verklaard door een andere psychische stoornis, de fysiologische effecten van een stof (bijvoorbeeld medicatie, alcohol) of een andere medische aandoening. |

De introductie van de rouwstoornis brengt een risico op pathologisering van rouwreacties met zich mee, maar leidt er bovenal toe dat nabestaanden met een aanhoudende hoge lijdensdruk toegang krijgen tot specialistische zorg. En hoewel er kritiek is op de uitdijende hoeveelheid stoornissen in formele classificatiesystemen, past de erkenning van de rouwstoornis in een trend waarbij psychische stoornissen worden gezien binnen de biografische context van de patiënt. Herkenning en behandeling van traumatische rouw, die veelal gepaard gaat met intens lijden en beperkingen in het functioneren, is van groot belang; behandeling kan leiden tot aanzienlijke klachtenreductie, ook langere tijd na het verlies.

Risicofactoren voor de ontwikkeling van traumatische rouw

Van traumatisch verlies spreken we bij de dood van (een) dierbare(n) in de context van een traumatische gebeurtenis, zoals een levensdelict, suïcide, oorlog, terreur, ramp of ongeval. Het gelijktijdig optreden van een persisterende rouwstoornis met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en/of depressie komt regelmatig voor bij nabestaanden na traumatisch verlies. Zo werd onder 167 nabestaanden van de vliegcrash MH17¹ een groep

gevonden (38,2%) met klachten van een persisterende rouwstoornis, PTSS en depressie. Daarnaast werd een groep gevonden (41,8%) met alleen klachten van een persisterende rouwstoornis en een groep (20,0%) zonder noemenswaardige klachten (Lenferink et al., 2017). Van 458 patiënten die verlies van een dierbare hadden meegemaakt en naar een gespecialiseerd centrum waren verwezen voor traumabehandeling, rapporteerde 65% klachten van een persisterende rouwstoornis en PTSS; van deze groep met traumatische rouwklachten had 69% tevens depressieve klachten (Djelantik, Robinaugh, et al., 2020). Hierna zal daarom onder 'traumatische rouw' worden verstaan: een persisterende rouwstoornis met (klachten van) PTSS en/of depressie.

Het risico op traumatische rouw hangt samen met de omstandigheden rond het overlijden, de relatie met de dierbare, en sociale, culturele en individuele aspecten (Smid, 2020). Traumatische rouw treedt vaker op na een traumatisch verlies of problematische omstandigheden rond het overlijden, zoals een niet-natuurlijke, gewelddadige doodsoorzaak. In een meta-analyse van studies na traumatisch verlies (geweld, ongeval, ramp, suicide) was de gemiddelde prevalentie van een persisterende rouwstoornis maar liefst 49% (Djelantik, Smid, et al., 2020). Dit is vele malen hoger dan na verlies door ziekte; in een meta-analyse van studies daarover werd een gemiddelde prevalentie van een persisterende rouwstoornis van 9,8% gevonden (Lundorff et al., 2017). Het risico op traumatische rouw is tevens verhoogd na de dood van een levenspartner of eigen kind (Djelantik et al., 2017). Gehechtheid of de mate waarin de dierbare onderdeel vormt van de identiteit van de nabestaande bepaalt dus de ernst van de rouw (Maccallum & Bryant, 2013). Uit Britse data blijkt verder dat een trage rechtsgang of het uitblijven van een vonnis gepaard gaat met een langzamer herstel van nabestaanden na een moord tijdens een gespecialiseerde behandeling (Soydas et al., 2020). Na het verlies van dierbaren als gevolg van een ramp blijkt dat getroffen en met een migratieachtergrond ernstiger en langduriger symptomen rapporteren dan getroffen zonder migratieachtergrond (Smid, Drogendijk, et al., 2018). Een hogere leeftijd is niet alleen geassocieerd met verlies van dierbaren, maar in een aantal studies tevens met het risico op traumatische rouw (Lundorff et al., 2017).

Diagnostiek

De persisterende rouwstoornis wordt gekenmerkt door preoccupatie met een overleden dierbare, gemis, verlangen, emotionele pijn, gevoel dat een deel van zichzelf is gestorven, gevoel dat het leven betekenisloos is, eenzaamheid, vermijding van herinneringen dat de dierbare is overleden, en moeite met re-integratie in het dagelijkse leven. Voor een gestandaardiseerde en cultuursensitieve diagnostiek van de persisterende rouwstoornis

zijn diverse Nederlandstalige instrumenten ontwikkeld. De *Traumatic Grief Inventory– Self Report Plus* (TGI-SR+; Lenferink et al., 2022) is een gevalideerd zelfrapportage-instrument voor de diagnostiek van persisterende (complexe) rouwstoornis volgens DSM-5(-TR) en ICD-11, beschikbaar in het Nederlands, Engels en verschillende andere talen (te downloaden via <https://osf.io/rqn5k/>). De cultuursensitieve diagnostiek volgens de DSM-5 wordt ondersteund door het *DSM-5 Cultural Formulation Interview* (CFI). Specifiek voor persisterende rouw is een aanvullende module ‘verlies en rouw’ ontwikkeld, bestaande uit tien korte, persoonsgecentreerde, open vragen. Deze *culturele evaluatie van verlies en rouw* is bedoeld om culturele tradities in verband met de dood, verlies en rouw alsmede hulpzoekgedrag en coping in kaart te brengen en is beschikbaar in het Nederlands (Smid et al., 2019) en het Engels (Smid, Groen, et al., 2018). Validering van de geschiktheid, aanvaardbaarheid en klinische bruikbaarheid van dit instrument is momenteel gaande.

Indicatiestelling

In geval van comorbiditeit ontstaat de vraag welke klachten van traumatische rouw als eerste behandeld moeten worden. Vanuit klinische overlevering wordt vaak gesteld dat eerst trauma moet worden behandeld voordat aan rouw kan worden gewerkt. Uit verschillende onderzoeken (bijvoorbeeld: Djelantik et al., 2018) blijkt echter dat de ernst van de rouwsymptomen meer voorspellend is voor de latere ernst van PTSS-symptomen dan andersom; ook uit onderzoek onder nabestaanden die dierbaren verloren bij de vliegtuigramp met de MH17 kwam dit gegeven naar voren (Lenferink et al., 2019).

Cognitief stressmodel van traumatische rouw

Er is dus behoefte aan een rouwgerichte behandeling waarbij comorbide klachten van PTSS en depressie eveneens behandeld worden. Een cognitief stressmodel van traumatische rouw (Smid et al., 2015) is gebaseerd op het cognitief-gedragstherapeutische model van persisterende rouw in combinatie met het stress-sensibilisatiemodel. Het eerstgenoemde model (Boelen et al., 2006) gaat ervan uit dat drie elkaar beïnvloedende mechanismen een rol spelen: 1. problemen met het integreren van het verlies in het levensverhaal, 2. negatieve cognities rond en angst voor de eigen rouwreacties, en 3. vermijding van de realiteit van het verlies. Bij gewelddadige verliessituaties kan tevens sprake zijn van stresssensibilisatie. Nieuwe stressoren, met name triggers die direct of meer symbolisch gerelateerd zijn aan het traumatische verlies, kunnen leiden tot toegenomen klachten. Toegenomen stressgevoeligheid draagt zodoende bij aan de instandhouding van separatie-

stress en traumatische stress. Integratie van de herinnering aan het traumatische verlies en acceptatie van de realiteit van het verlies, herziening van negatieve betekenisgeving met betrekking tot het traumatische verlies, tolereren van verdriet en emotionele pijn, versterken van sociale steun en betekenisgeving binnen de culturele context van de patiënt vloeien als behandeldoelen voort uit het model.

Psychotherapie voor traumatische rouw

Psychotherapie voor traumatische rouw combineert diverse evidencebased interventies voor PTSS, persisterende rouwstoornis en depressie, met name cognitieve gedragstherapie en beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS (BEPP), een aangetoond effectieve behandelvorm (Gersons et al., 2020) die wordt aanbevolen bij de behandeling van PTSS in diverse internationale richtlijnen. Bij de behandeling van rouwklachten zijn psychologische interventies met cognitief-gedragsmatige, emotioneel-ondersteunende en/of psycho-educatieve componenten effectief gebleken (Johannsen et al., 2019).

Hieronder volgt een beschrijving op hoofdlijnen van de belangrijkste componenten van psychotherapie voor traumatische rouw. Bij het Nederlandse ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum bestaat inmiddels jarenlange ervaring met poliklinische en dagklinische behandeling van traumatische rouw. In wat volgt wordt beschreven hoe dit is vormgegeven.

Informatie en motivatie

Bij aanvang van de therapie is uitleg aan de patiënt belangrijk, die dan liefst vergezeld wordt door een partner of steunfiguur. Daarbij kunnen de volgende aspecten aan de orde komen. Als mensen een dierbare verliezen door geweld zijn ze vaak genoodzaakt te overleven zonder stil te staan bij gevoelens. Pijnlijke gevoelens over het verlies kunnen zo sterk zijn dat men er bang voor wordt. Daarom kan men gevoelens gaan controleren of proberen te vermijden. Dit kost veel energie, leidt tot uitputting en vergeetachtigheid. Het toelaten van gevoelens van verdriet kan ertoe leiden dat men het verlies uiteindelijk kan aanvaarden.

Rouwgerichte exposure

Rouwgerichte exposure kan verschillende interventies omvatten die in tabel 2 zijn samengevat.

Tabel 2. Rouwgerichte exposure.

| Exposuremodule | Omvat | Doel |
|---------------------|---|---|
| Imaginaire exposure | Het verhaal van de dood | Het vermijden van herinneringen aan specifieke gebeurtenissen verminderen |
| Algemene exposure | Het verhaal van de relatie met de overledene | De realiteit van het verlies en gevoelens van verdriet accepteren |
| Stimulus-exposure | Objecten meebrengen of belangrijke plaatsen bezoeken die verband houden met de overledene | Fobische vermijding van specifieke plaatsen of objecten verminderen |
| Rouwgedrag herzien | Zorg voor levenden en doden in evenwicht brengen | Dwangmatig zoeken naar nabijheid verminderen |

Voor imaginaire exposure begint de therapeut met navraag van het verhaal rond het traumatische overlijden in het kort. Daarna vertelt de patiënt de gewelddadige omstandigheden van het verlies in detail, met gedetailleerde weergave van wat de patiënt hoorde, zag, voelde, dacht, deed. Daarbij passende vragen zijn: Wanneer overleed [naam]? Vertel me over de dagen voordat [...] stierf. Vertel me over het moment waarop [...] stierf. Wat gebeurde er nadat [...] overleed? Vertel me over de uitvaart/het afscheid. In het geval er onbekende omstandigheden rond het misdrijf zijn, wordt uitgebreid ingegaan op wat de patiënt naderhand vernam en op de scenario's die de patiënt bezighouden.

Bij algemene exposure stelt de therapeut vragen over de overledene en het overlijden. Voorbeelden zijn: Hoe was [...]? Wat deden jij en [...] vaak samen? Wat mis je aan [...]? Wanneer mis je [...] vooral? De therapeut biedt ruimte aan verdriet, door reacties zoals: Hoe voel je je als je realiseert dat [...] nooit meer terugkomt? Je mist [...] heel erg. Stille is een belangrijke reactie op verdriet, waarmee het verdriet tijd krijgt om er te mogen zijn.

Stimulusexposure bestaat uit confrontatie met memorabilia, bijvoorbeeld foto's of spullen van de overledene, bezoeken van het graf, bezoeken van de plek waar de dierbare om het leven kwam. Doel is correctie van verkeerde verwachtingen omtrent blootstelling aan de stimulus.

Van overmatig rouwgedrag is sprake als de patiënt compulsief nabijheid van de overledene zoekt, bijvoorbeeld bij het graf of in de kamer van de overledene, deze daarmee symbolisch in leven houdt en daardoor duidelijk beperkt wordt in zijn functioneren. Door geleidelijk specifieke gedragingen af te bouwen kunnen verwachtingen die de patiënt heeft over het effect ervan worden getoetst (gedragsexperiment).

Betekenisgeving en activering

Voor de nabestaande roept traumatisch verlies van dierbaren intense emoties en existentiële onzekerheden op die na de rouwgerichte exposure een plaats in de behandeling kunnen

krijgen. Veel culturele, spirituele of religieuze opvattingen over de dood en het hiernamaals vullen de leegte die voortkomt uit existentiële onzekerheden. Betekenisgeving verwijst naar een cognitief, emotioneel en spiritueel proces gericht op het versterken van het vermogen om met het verlies te leven binnen de culturele context. Betekenisgeving vindt plaats op vier gebieden: zelf, anderen en wereld – wat betekent de confrontatie met daders en falende instanties, hoe om te gaan met onbekende omstandigheden en woede –, toekomst en relatie met de overledene – waaronder gevoelens van schuld. Cognitieve herstructurering en zingeving zijn onderdeel van betekenisgeving. Enkele relevante thema's worden in tabel 3 per gebied samengevat.

Tabel 3. Betekenisgeving: implicaties van het verlies.

| Thema | Omvat | Doel |
|---------------------------|--|---|
| Zelf | Zelfrespect, identiteit | Zelfcompassie bevorderen |
| Anderen/ Wereld | Woede, schuld, wraakwensen, veiligheid, controle, vertrouwen, intimiteit, gehechtheid | Acceptatie van emoties |
| Toekomst | Wat maakt het leven de moeite waard, ondanks het overlijden van de geliefde, persoonlijke waarden, toekomstige doelen, actieplanning | (Hernieuwde) betrokkenheid bij mensen en activiteiten |
| Relatie met de overledene | Schuld, onafgemaakte zaken, culturele en religieuze opvattingen, rol van rituelen | Herziening van de verbinding met de overledene |

Activering vindt plaats door persoonlijke waarden van de patiënt te identificeren, daarbij passende doelen te stellen, stappen richting het doel te formuleren, persoonlijke hulpbronnen te versterken die nodig zijn om het doel te bereiken en door specifieke acties te plannen.

Symbolische interacties met de overledene

Reconstrueren van de intersubjectieve realiteit ondersteunt de betekenisgeving rond de relatie met de overledene. Dit kan door symbolische interacties met de overledene, zoals schrijfp opdrachten, imaginaire gesprekken en cultureel passende rituelen. Deze experiëntiële interventies zijn samengevat in tabel 4.

Tabel 4. Symbolische interacties met de overledene.

| Modus | Omvat | Doel |
|-----------------------|---|--|
| Schrijfp opdrachten | Doorlopende afscheidsbrief aan de overledene: Wat had je nog willen zeggen? Wat mis je het meest? | Acceptatie van emoties, ambivalentie tolereren |
| Imaginaire gesprekken | Patiënt stelt vragen aan de overledene en antwoordt zoals de overledene zou hebben geantwoord | Schuldgevoelens verminderen |

| Modus | Omvat | Doel |
|-----------------------------|--|---|
| Cultureel passende rituelen | Een bijzondere plek bezoeken, een geheugensymbool maken, gedeelde rituele activiteit | Herziening van de band met de overledene, (opnieuw) betrokken zijn bij mensen en activiteiten |

In de doorlopende afscheidsbrief aan de overledene schrijft de patiënt wat hij/zij nog had willen zeggen of vragen, wat hij/zij het meeste mist. In een imaginair gesprek kan vergeving worden gevraagd aan de overledene of andere vragen worden gesteld waarop de patiënt zelf antwoord kan geven als ware hij de overledene. Het ritueel is een symbolische manier om zich op een nieuwe manier te verhouden tot de overledene, gevoelens en gedachten over het verlies uit te drukken en een nieuwe start te maken in het leven. De patiënt ontwerpt en plant het ritueel vanuit de eigen culturele achtergrond. De uitvoering vindt vaak plaats samen met een goede vriend of familielid; de therapeut is niet aanwezig als het ritueel wordt uitgevoerd. Bij betekenisgeving kunnen ook andere experiëntiële interventies worden toegepast, zoals beeldende en lichaamsgerichte interventies.

Tot slot

De komst van een nieuwe diagnose kan de zorg voor nabestaanden na traumatisch verlies legitimeren en professionaliseren. Hieraan beoogt het ARQ Kenniscentrum Traumatische Rouw bij te dragen (<https://rouw.arq.org>) met informatie voor hulpverleners en nabestaanden. Overweeg bij patiënten bij wie klachten gepaard gaan met een preoccupatie met, gemis van of verlangen naar een overleden dierbare en met emotionele pijn de diagnose persisterende rouwstoornis. Psychotherapie voor traumatische rouw kan bijdragen aan een verdieping van de behandelrelatie en een aanzienlijke klachtenreductie.

Noot

1. Malaysia Airlines-vlucht 17 die in 2014 boven Oost-Oekraïne werd neergeschoten.

Literatuur

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Boelen, P.A., Van den Hout, M.A., & Van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/7052_95
- Djelantik, A.A.A.M.J., Robinaugh, D.J., Kleber, R.J., Smid, G.E., & Boelen, P.A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, *37*, 26-34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Djelantik, A.A.A.M.J., Smid, G.E., Kleber, R.J., & Boelen, P.A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, *247*, 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023>
- Djelantik, A.A.A.M.J., Smid, G.E., Kleber, R., & Boelen, P.A. (2018). Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder symptoms following bereavement? A cross-lagged analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *80*, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.001>
- Djelantik, A.A.A.M.J., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., & Boelen, P.A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, *265*, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Gersons, B.P.R., Nijdam, M.J., Smid, G.E., & Schnyder, U. (2020). Brief eclectic psychotherapy. In J.D. Ford & C.A. Courtois (Red.), *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (2nd ed., pp. 267-285). Guilford Press.
- Johannsen, M., Damholdt, M.F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Lenferink, L.I.M., De Keijser, J., Smid, G.E., Djelantik, A.A.A.M.J., & Boelen, P.A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: Latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), Article 1298311. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1298311>
- Lenferink, L.I.M., Eisma, M.C., Smid, G.E., De Keijser, J., & Boelen, P.A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, *112*, Article 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lenferink, L.I.M., Nickerson, A., De Keijser, J., Smid, G.E., & Boelen, P.A. (2019). Reciprocal associations among symptom levels of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression following traumatic loss: A four-wave cross-lagged study. *Clinical Psychological Science*, *7*(6), 1330-1339. <https://doi.org/10.1177/2167702619858288>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 713-727. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
- Smid, G.E. (2020). A framework of meaning attribution following loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1) Article 1776563. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1776563>
- Smid, G.E., Drogendijk, A.N., Knipscheer, J., Boelen, P.A., & Kleber, R.J. (2018). Loss of loved ones or home due to a disaster: Effects over time on distress in immigrant ethnic minorities. *Transcultural Psychiatry*, *55*(5), 548-568. <https://doi.org/10.1177/1363461518784355>
- Smid, G.E., Groen, S., De la Rie, S.M., Kooper, S., & Boelen, P.A. (2018). Toward cultural assessment of grief and grief-related psychopathology. *Psychiatric Services*, *69*(10), 1050-1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700422>
- Smid, G.E., Groen, S., De la Rie, S.M., Kooper, S., & Boelen, P.A. (2019). Culturele evaluatie van verlies en rouw. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *61*(12), 879-883. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/61-2019-12-artikel-smid.pdf>

- 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): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), Article 27324. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324>
- Soydas, S., Smid, G.E., Goodfellow, B., Wilson, R., & Boelen, P.A. (2020). The UK National Homicide Therapeutic Service: A retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 878. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00878>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Personalia

Prof. dr. Geert E. Smid, psychiater en bijzonder hoogleraar, ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum/ ARQ Centrum'45, Diemen en Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

E-mail: g.smid@centrum45.nl

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.