

## Gecompliceerde rouw.

### Diagnostiek en behandeling

Jos de Keijser

Mensen met gecompliceerde rouw ervaren een hoge mate van scheidingsangst, traumatische stress of een combinatie van beide. Aan de hand van de gevalsbeschrijving van een vrouw die haar zoon verloor, wordt de diagnostiek en de behandeling van gecompliceerde rouw beschreven. De psychotherapeut kon niet starten met de cognitief-gedragstherapeutische richtlijnbehandeling door het hoge spanningsniveau van de cliënt. Op basis van het drie-fasenmodel van de traumabehandeling is de rouwbehandeling uitgebreid met een voorfase die gericht is op hechting en gebruikmaakt van de schemagerichte therapie, en een afsluitende fase, gericht op het leren afscheid nemen en loslaten. In de middenfase is de genoemde richtlijnbehandeling uitgevoerd.

Een flexibel gebruik van *evidence based* richtlijnen en protocollen aangevuld met op maat gesneden therapieonderdelen wordt aanbevolen voor de behandelpraktijk.

#### Inleiding

Veel mensen zoeken steun na het overlijden van een dierbaar persoon. De geboden hulp varieert van ondersteuning door een buurman, lotgenoot of pastor tot behandeling door een psychiater of psychotherapeut. Voor het merendeel van de mensen die kampen met verwerkingsproblemen is niet-specialistische hulp afdoende (De Keijser, 1997). Een beperkt aantal nabestaanden, geschat rond de 5%, heeft zodanige problemen met de

verwerking dat gespecialiseerde hulp geboden is. Voor de behandeling van gecompliceerde rouw bestaat een cognitief-gedragstherapeutische richtlijn (Boelen, Van den Bout & De Keijser, 2000). Ik werk in de praktijk met cliënten bij wie het niet altijd lukt de behandeling volgens deze richtlijnbehandeling uit te voeren. Daarom heb ik gezocht naar kenmerken van deze cliënten. Mijn indruk is dat het hier mensen betreft met een hoge mate van separatieangst. Daarnaast valt op dat de meeste van deze cliënten op een extreme wijze een dierbare hebben verloren. Beide aspecten (separatieangst en traumatisch verlies) maken deel uit van het concept 'gecompliceerde rouw'. In dit artikel werk ik de relatie tussen de diagnose gecompliceerde rouw en de soort behandeling uit. Wanneer houdt een therapeut vast aan de richtlijn en op welk moment wijkt hij daarvan af? Welk kader is bruikbaar bij afwijking van de richtlijn en hoe ziet een dergelijke behandeling er in de praktijk uit? Voordat deze vragen aan bod komen, zal eerst het onderscheid tussen normale en gecompliceerde rouw beschreven worden.

#### Normale rouw

In een uitgebreid literatuuroverzicht beschrijft Parkes (2001) de geschiedenis van het wetenschappelijke onderzoek naar rouw. De opvattingen over normale rouw, zo blijkt, zijn de laatste twee decennia verbreed. Onderzoek heeft uitgewezen dat veel uitingen van rouw beschouwd kunnen worden als *normaal*, dat wil zeggen als niet-probleematisch. Een mooi voorbeeld is het contact met de overledene, dus het zien of horen van de overledene. Vroeger werd dat als onwenselijke hallucinatie gezien en als zodanig zelfs behandeld. Nu blijkt het steunend te zijn, horend bij een normaal rouwproces.

Jos de Keijser (✉)

DR. J. DE KEIJSER, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is als hoofd behandeling verbonden aan de GGZ Friesland-Noord. Correspondentieadres: Sixmastraat 2, 8932 PA Leeuwarden. E-mail: [j.de.keyser@ggzfriesland.nl](mailto:j.de.keyser@ggzfriesland.nl)

Er is meer bekend over rouw in verschillende culturen (Rosenblatt, 2001), verschillen tussen mannen en vrouwen (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001a) en reacties van bijvoorbeeld kinderen (Fiddelaers-Jaspers, 1998) en ouderen (Buijssen, 1998). De veelvormigheid van normale rouwreacties wordt in de literatuur steeds vaker benadrukt. In recente theoretische modellen over rouw (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001b) wordt evenmin uitgegaan van uniforme reacties op een verlies. Een waardevol model, dat bij deze ontwikkeling aansluit, is het takenmodel. De Amerikaanse rouwtherapeut Worden (1992) maakt onderscheid tussen vier taken waar de rouwende na een verlies voor staat. In tegenstelling tot de meer normatieve fase- en componentenmodellen bij rouw behoeven deze taken niet achtereenvolgend te worden volbracht. Het model beschrijft het rouwproces in termen van uitkomsten die behaald kunnen worden, namelijk een nieuw emotioneel en sociaal evenwicht. De taken impliceren eerder een activiteit dan fasen waaraan je onderhevig bent. Die taken zijn:

1. aanvaarden van de realiteit van het verlies;
2. verwerken van de pijn;
3. aanpassen aan een leven waarin de overledene ontbreekt;
4. de overledene emotioneel een plaats geven en de draad van het leven oppakken.

De taken zijn erop gericht het verlies van een persoon te verwerken. Het takenmodel is eveneens toepasbaar op andere vormen van verlies, zoals verlies van lichaamsdelen en -functies, vruchtbaarheid, werk of gedwongen verhuizing.

De eerste taak, de realiteit van het verlies tot je laten doordringen, gaat geleidelijk. Vaak formuleren nabestaanden dit als een tegenstelling tussen verstand en gevoel: verstandelijk weet je het, maar gevoelsmatig niet. Het komt voor dat nabestaanden plotseling de overledene op straat menen te zien lopen, tot ze zich realiseren dat het niet waar kan zijn. Aanvaarding gaat vaak via 'lagen'. Een nabestaande kan denken dat hij geaccepteerd heeft om bijvoorbeeld alleen naar de kerk te gaan, maar mist zijn partner heel erg bij een doopplechtigheid. In de dimensie 'aanvaarden versus ontkennen' komt het voor dat nabestaanden het verlies geheel blijven ontkennen. Als dit langere tijd voortduurt, is dit één kenmerk van gecompliceerde rouw.

De tweede taak, de pijn en het verdriet ervaren, wordt door veel nabestaanden de moeilijkste taak gevonden. 'Het is onmogelijk om iemand te verliezen van wie je veel hebt gehouden en geen pijn te voelen,' stelt Worden (1992, p. 19). Het doormaken van de pijn gaat veelal gepaard met diepe wanhoop, depressiviteit en lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid,

concentratieproblemen en slapeloosheid. Nabestaanden die helemaal geen pijn en verdriet voelen en deze taak vermijden en nabestaanden die de pijn en het verdriet langdurig vast blijven houden en niet in staat zijn de chronische rouw en daarmee de overledene los te laten, voeren deze taak niet adequaat uit en voldoen op den duur aan de criteria voor gecompliceerde rouw.

De taken drie en vier vormen de interpersoonlijke taken: in hoeverre kan de nabestaande zich aanpassen aan een nieuw leven zonder de overledene en is hij (of zij) in staat de overledene emotioneel een plaats te geven en te investeren in nieuwe activiteiten en personen. Kan de moeder die haar enige kind verloren heeft haar rol als vrouw of werknemster weer aan en is ze in staat de tijd die zij aan het moederschap besteedde te benutten voor andere activiteiten? Evenals bij de andere taken leidt het tot verwerkingsproblemen als deze taken in het geheel niet worden uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan zijn nabestaanden die de tijd hebben stilgezet en zonder de overledene geen nieuwe activiteiten ondernemen: kleding blijft aan de kapstok hangen, spullen en hele kamers blijven onaangeroerd en nieuwe impulsen worden vermeden.

Het takenmodel impliceert dat de taken uitgevoerd dienen te worden en dat vermindering leidt tot gecompliceerde rouw. Bij de behandeling die na de uitwerking van het concept 'gecompliceerde rouw' beschreven wordt, neemt het doorbreken van de vermindering een centrale plaats in.

### Gecompliceerde rouw

Het onderscheid tussen normale en gecompliceerde rouw is om verschillende redenen niet eenvoudig. Ten eerste is het formuleren van inhoudelijke en wetenschappelijk gefundeerde criteria voor gecompliceerde rouw een langdurige en moeilijke onderneming. In de loop van de tijd hebben verschillende onderzoekers hiertoe pogingen ondernomen, maar empirisch onderzoek is nog beperkt. Ten tweede is, onder meer van medisch-ethische en pastorale zijde, lange tijd verkondigd dat rouw 'nu eenmaal bij het leven hoort' en niet gemedicaliseerd moet worden. De klachten van rouwenden werden in een zingevingsperspectief geplaatst. Men kon beter gaan praten met een dominee dan met een arts of psychiater; iemand was immers niet ziek of gek, slechts heel verdrietig en zonder toekomstperspectief. Mede door deze houding kwamen de verschillen tussen rouwenden onvoldoende aan het licht en ontbrak de professionele blik voor mensen met chronische, intense rouwreacties: chronische rouw – vooral bij oudere, in zwart geklede vrouwen – als geaccepteerde onbehandelbare aandoening. Op de derde

plaats bestaan er interculturele verschillen tussen bevolkingsgroepen die een onderscheid tussen normale en gecompliceerde rouw bemoeilijken.

Ondanks bovengenoemde moeilijkheden wil ik hier toch pleiten voor een onderscheid tussen normale en gecompliceerde rouw. Een wetenschappelijk verantwoord onderscheid moet *technisch* mogelijk zijn. Hoop wordt geput uit de ontwikkeling van de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS), die in de jaren zeventig in de VS na maatschappelijke druk ontstond, onder meer ten gevolge van de Vietnam-oorlog. Na drie decennia onderzoek naar PTSS staat deze classificatie wetenschappelijk niet meer ter discussie. PTSS is een veel gestelde diagnose die in de loop der tijd verder is verfijnd (acute stressstoornis, acute, chronische, uitgestelde PTSS). Een dergelijke ontwikkeling is in de toekomst ook mogelijk bij de classificatie van gecompliceerde rouw. Maar in de huidige internationaal erkende classificatiesystemen voor psychische ziektebeelden is gecompliceerde rouw nog altijd geen erkende diagnose. Daarom ‘bedenken’ klinici veelal eigen termen voor problematische rouw of benoemen zij rouwproblemen als een depressie of een PTSS (Wijngaards, Cuijpers, Hutchemaekers, & Van den Bout, 1998). Het onderscheid tussen gecompliceerde rouw en angst- en stemmingsstoornissen is in diverse studies vastgesteld (Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Bierhals, Newsom, Fasiczka, Frank, Doman, & Miller, 1995; Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds, Shear, Newsom, Jacobs, 1996; Prigerson & Jacobs, 2001; Boelen, Van den Bout & De Keijser, 2003

In de DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994) is gecompliceerde rouw vooralsnog niet als psychische stoornis erkend (Stroebe, Van Son, Stroebe, Kleber, Schut & Van den Bout, 2000). Bij verwerkingsproblematiek kan deze slechts als V-code (‘aandachtgebied voor de behandeling’) in de classificatie tot uitdrukking gebracht worden. Verwerkingsproblematiek komt in de geestelijke gezondheidszorg veelvuldig voor (Wijngaards en anderen, 1998). Daarom hebben verschillende auteurs in de laatste decennia voorstellen geformuleerd voor beschrijvende criteria voor gecompliceerde rouw (bijvoorbeeld: Jacobs, 1999; Parkes & Weiss, 1983). Twee onderbouwde voorstellen zijn afkomstig van Horowitz en zijn collega’s (Horowitz, Siegel, Holen, Bonnano, Milbrath & Stinson, 1997) en Prigerson en haar collega’s (Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski, Davidson, Pilonis, Wortman, Williams, Widiger, Rosenheck, Weiss, Beery, Rynearson, Frank, Kupfer & Zisook, 1999). Laatstgenoemde criteria komen op basis van de empirische onderbouwing en de consensusbijeenkomsten het meest in aanmerking voor opname in een toekomstige versie van de DSM. Ze zijn hieronder weergegeven.

Prigersons (1999) diagnostische criteria voor gecompliceerde rouw

#### *Criterion A.*

1. De persoon heeft het overlijden van een belangrijke ander meegemaakt;
2. De reacties omvatten drie van de volgende vier symptomen, die ten minste soms ervaren worden: plotseling opkomende gedachten over de overledene, verlangen naar de overledene, zoeken naar de overledene, eenzaamheid ten gevolge van het overlijden.

#### *Criterion B.*

Als reactie op het overlijden zijn ten minste vier van de acht volgende symptomen onmiskenbaar aanwezig:

1. Doelloosheid of gevoel van nutteloosheid over de toekomst
2. Subjectief gevoel van verdoofdheid, onthechting of emotioneel reageren
3. Problemen met het onder ogen zien van het overlijden (bijvoorbeeld: ongelooft)
4. Het gevoel dat het leven leeg of zonder betekenis is
5. Het gevoel dat een deel van jezelf samen met de ander gestorven is
6. Het beeld van de wereld is stukgeslagen (bijvoorbeeld: geen gevoel van veiligheid, vertrouwen of controle)
7. Neemt symptomen of schadelijk gedrag over van de overledene of ander gedrag dat met hem/haar verband houdt
8. Excessieve prikkelbaarheid, verbittering of boosheid in verband met het overlijden.

#### *Criterion C.*

De genoemde symptomen veroorzaken gedurende ten minste twee maanden onmiskenbaar en aanhoudend disfunctioneren in de sociale en beroepsmatige sfeer en op belangrijke andere gebieden.

Criterion A1 definieert het overlijden van een persoon met wie een betekenisvolle band bestond als oorzakelijk criterium voor de stoornis. Bij criterium A2 en criterium B zijn de symptomen van gecompliceerde rouw geformuleerd. Prigerson en anderen (1999) maken binnen deze symptomen een onderscheid tussen *separation distress* (A2) en *traumatic distress* (B). De symptomen vallend onder de noemer *separation distress* verwijzen naar de reacties die een direct gevolg zijn van de verbreking van een betekenisvolle hechtingsrelatie. De symptomen behorende bij *traumatic distress* hebben betrekking op het traumatiserende karakter van de verbreking van de band en de schending van basale zekerheden die door het verlies teweeg zijn gebracht (Jacobs, 1999). Beide componenten van gecompliceerde rouw worden hieronder

nader uitgewerkt, omdat ze van belang zijn voor de behandeling.

### Scheidingsangst en gecompliceerde rouw

Een overeenkomst tussen scheidingsangst en gecompliceerde rouw is dat ze beide niet voor volwassenen zijn beschreven in de DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994). De diagnose 'separatieangststoornis' wordt gebruikt voor kinderen en jongeren die problemen hebben om los van hun ouders/verzorgers te functioneren. Deze jeugddiagnose kent de volgende DSM-IV-criteria (*American Psychiatric Association*, 1994):

1. overmatig lijden bij scheiding van huis of persoon aan wie het kind gehecht is;
2. overdreven bezorgdheid over het verliezen van hechtingspersonen of over onverwachte gebeurtenissen (verdwalen, kidnappen enzovoort) van die personen;
3. tegenzin/weigering om school en dergelijke te bezoeken vanwege de scheidingsangst;
4. weigering om alleen thuis te zijn en/of te gaan slapen zonder de aanwezigheid van hechtingspersonen;
5. terugkerende nachtmerries met als thema separatie;
6. terugkerende lichamelijke klachten (zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid of braken) wanneer zich scheiding voordoet.

De relatie tussen onveilige hechting in de jeugd en de gevolgen van het verlies van een dierbare in de volwassen levensfase is door Parkes (1991, 1996) en Jacobs (1999) overtuigend vastgesteld. De theoretische basis voor deze relatie is gelegd door Bowlby (1980), die kinderen onderzocht op vroege hechting aan ouders of verzorgers en hierop zijn hechtingstheorie baseerde. Deze theorie stelt dat kinderen zich op verschillende manieren volgens vaste patronen leren hechten. De meeste kinderen ontwikkelen een veilig hechtingspatroon. Bowlby (1980), Ainsworth, Blehar, Waters en Wall (1978) en later Main en Solomon (1986) volgden kinderen die onveilige hechtingspatronen ontwikkelen. Bowlby observeerde bepaalde 'onveilig gehechte' kinderen die de neiging hebben dwangmatig voor anderen te zorgen. Ainsworth en anderen (1978) typeren twee soorten onveilig gehechte kinderen: de 'ambivalente en angstig gehechte' kinderen, die veel huilen en snel boos worden bij (korte) scheidingen, en de 'vermijdende' kinderen, die opmerkelijk weinig emotie vertonen bij verlaten en hereniging. Main en Solomon (1986) onderscheidten nog een andere groep onveilig gehechte kinderen, namelijk de 'gedesoriënteerde/ongeorganiseerde' kinderen, die gemengde, onvoorspelbare reacties vertonen. In enkele grote studies (Parkes, 1991, 1996) werd het vroege hechtingspatroon

en de mate van vroege verlaten bij volwassen respondenten met gecompliceerde rouw vergeleken met respondenten met normale rouw. De verschillen zijn groot. In de *Harvard Study* vond Parkes (1996) bij de normaal rouwenden geen respondent met vroege hechtings- of verlatingsproblemen en bij de gecompliceerd rouwenden acht (= 27%). Andere studies (Vachon, Sheldon, Lincee, Lyall, Rogers & Freeman, 1982; Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993) komen met vergelijkbare aanwijzingen. Bowlby (1980) en Parkes (1996) spreken over een beperkt bewijs en wijzen op mogelijke intermedierende factoren, waarnaar onderzoek nodig is.

Op basis van de literatuur veronderstellen we dat een ingrijpend verlies bij iedere volwassene in enige mate scheidingsangst oproept. Bij nabestaanden met basale scheidingsangst ten gevolge van onveilige vroege hechting of vroege verlaten kan de scheidingsangst die ontstaat in een normaal rouwproces leiden tot complicaties. Voor de aard van deze relatie zijn studies naar hechtingsstijl en latere persoonlijkheidsstoornis interessant (Cassidy & Mohr, 2003). Brennan en Shaver (1998) bestudeerden bij 1407 psychologiestudenten de relatie tussen (retrospectief vastgestelde) hechtingsstijl, scheiding en/of overlijden van ouders en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, zoals onderscheiden in de DSM III-R. Maar liefst één op de drie studenten maakt voor het achttiende jaar echtscheiding of overlijden van ouders mee en meer dan de helft van alle studenten zegt achteraf zich onveilig gehecht te hebben: 21% angstig, 16% afwijzend en 15% gepreoccupeerd. Dit werd gemeten met het *Adult Attachment Interview* (AAI: George, Kaplan & Main, 1996). In dit één uur durende semi-gestructureerde interview wordt gevraagd naar aan hechting gerelateerde ervaringen uit de kindertijd. Ook wordt gevraagd een algemene beschrijving te geven van de relatie met de ouders. De resultaten vertonen een duidelijk verband tussen scheiding/verlies en onveilige hechting, evenals tussen beide variabelen en de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen.

De relatie tussen de soort onveilige hechting en type persoonlijkheidsstoornis is ingewikkeld. Angstige hechting correleert sterk met *alle* typen. Dwangmatige en afhankelijke studenten hebben daarnaast ook vaker een gepreoccupeerde hechtingstijl. Maar de door mij verwachte samenhang tussen bijvoorbeeld afwijzende hechting en antisociale of vermijdende persoonlijkheid werd niet gevonden. De auteurs vinden geen eenduidige patronen tussen de hechtingsstijlen en de *clusters* persoonlijkheidsstoornissen. Ze wijten dit enerzijds aan het ontbreken van etiologie in de indeling van persoonlijkheidsstoornissen. Anderzijds is het onderscheid in de soort onveilige hechting mogelijk minder van belang. Brennan en Shaver (1998) grijpen terug op Bowlby's

uitspraken over de nadruk op hechting aan de primaire verzorgers, die hij beschrijft naar analogie van het leger. Een legeronderdeel verdedigt zich tegen een vijandelijke aanval, maar dient tevens uit levensbelang open communicatie met de thuisbasis te onderhouden. Wordt het onderdeel aangevallen dan ontstaat: *feeling alarmed*. Slaagt men er niet in contact te houden met de basis, dan spreekt Bowlby (1973) van: *feeling anxious*. Alarm roept vecht-, vlucht- of ander concreet gedrag op; angst door het kwijtraken van het basiscontact daarentegen leidt tot veel minder voorspelbaar gedrag. De manschappen raken gedesoriënteerd: de een wil vechten, de ander wil dekking zoeken. ‘En zou tegelijkertijd acute angst ontstaan door verlating door de hechtingsfiguur én alarm uit een andere bron, dan is het duidelijk dat de persoon de meest intense angst doormaakt’ (Bowlby, 1973, pp. 93-94). Alarm en angst, zoals hier beschreven, zijn te vergelijken met de componenten van gecompliceerde rouw, te weten traumatische stress en scheidingsangst. Ze geven theoretische onderbouwing aan het concept ‘gecompliceerde rouw’.

### Traumatisch verlies en gecompliceerde rouw

De omstandigheden waaronder een verlies plaatsvindt, kunnen zo schokkend zijn dat gesproken kan worden van traumatisch verlies. Het betreft meestal een onverwachte situatie met gewelddadige of afschrikwekkende elementen, zoals de boer die zijn zoon overreden ziet worden door de onbestuurde trekker of de vrouw die thuiskomt uit haar werk en haar vermoorde man vindt. Kenmerkend aan een traumatisch verlies is dat de nabestaande onvoldoende toekomt aan de rouwtaken, doordat deze telkenmale overweldigd wordt door de traumatische herinneringen aan de omstandigheden rond het overlijden. Soms betreft het niet alleen herinneringen, maar ook vervolggebeurtenissen die traumatiserend werken, zoals de vader die ten onrechte verdacht wordt van de verwonding van zijn zoon en daardoor niet bij zijn sterfbed aanwezig kan zijn of de nabestaanden die zich vastbijten in jarenlange juridische procedures wegens onheuse bejegening na een dodelijk verkeersongeval. Dergelijke traumatische omstandigheden beïnvloeden het normale rouwproces negatief en vormen een risico voor het ontstaan van gecompliceerde rouw. De normale menselijke reactie op een traumatische gebeurtenis bestaat uit de activering van een complex, geïntegreerd verdedigingssysteem: het sympathische zenuwstelsel wordt geprikkeld, adrenaline wordt geproduceerd en een alarmtoestand ontstaat. Bovendien treedt wijziging op in de normale waarneming en zijn mensen in staat om pijn, honger of vermoeidheid te negeren. Op emotioneel

gebied is er verhoogde angst en boosheid (Herman, 1993). Het onomkeerbare van een overlijden maakt verzet noch ontsnapping mogelijk en het verdedigingssysteem van de mens kan zijn taak niet meer verrichten en raakt ontregeld. Vaak is iemand voortdurend op zijn hoede en prikkelbaar zonder te weten waarom. In een studie bij 128 Nederlandse weduwen en weduwnaars, representatief voor de volwassen bevolking tot 65 jaar, stelden we vast dat vier maanden na het partnersverlies 80% voldeed aan het intrusiecriteria voor een post-traumatische stressstoornis, na elf maanden 75% en na achttien maanden 55% (Schut, De Keijser, Van den Bout & Dijkhuis, 1991). Veel nabestaanden herbelevden bijna dwangmatig de ziekte van hun partner, de laatste gesprekken, het overlijden, de uitvaart en de reacties van derden. Soms worden ook eerdere traumatische ervaringen in deze dwang betrokken en herbeleefd. Zijn en blijven de herbelevingen overheersend, dan worden de rouwtaken vermeden en ontstaat op den duur gecompliceerde rouw.

### Psychodiagnostiek van gecompliceerde rouw

Ik zal nu aan de hand van een casus de diagnostiek en behandeling van gecompliceerde rouw illustreren.

#### De verdronken zoon

Een 45-jarige vrouw zoekt hulp na het overlijden van haar 19-jarige zoon. De vrouw vertelt een moeilijke jeugd te hebben gehad. Ze komt uit een groot gezin. Beide ouders hadden een alcoholprobleem en de kinderen werden vaak aan hun lot overgelaten. Vader was veel weg, moeder was thuis, maar erg onvoorspelbaar voor haar kinderen. Cliënt trok veel naar een oudere broer en zus. Toen de zus het huis uitging, begon deze broer haar seksueel te misbruiken. Ze probeerde dit tegen te houden, maar kon bij niemand terecht. Bovendien bleef hij haar tegelijk steunen. Cliënt is het huis uit gevlucht en heeft op jonge leeftijd een partner gevonden met wie ze een gezin heeft gesticht. Als haar man op zee is, blijft deze broer haar lastigvallen. Ze wordt ook zwanger van haar broer, maar dat blijft geheim. Het kind wil ze niet, maar een spontane abortus mislukt, waarna het kind wordt geboren. Eerst vindt ze het moeilijk zich aan dit kind te hechten, later hecht ze zich juist in extreme mate aan hem, waarschijnlijk uit schuldgevoel. Hij wordt haar lievelingskind en ze verzorgt hem extreem goed. Ze toont zich zeer bezorgd als hij kiest voor het beroep van visser, dat met zich meebrengt dat hij dagenlang van huis is.

Op een tocht slaat hij in de Oostzee bij zwaar weer overboord en verdrinkt. Zijn lichaam wordt na enige dagen gevonden. Vanaf het moment dat de moeder het hoort, is ze radeloos. Ze slaapt niet meer, piekert veel, kan zich niet concentreren, durft thuis niet meer alleen te zijn omdat ze bang is de controle te verliezen en heeft ten gevolge van de spanning allerlei lichamelijke klachten. In het begin zit ze hele dagen op de begraafplaats. De huisarts die haar kalmerende middelen voorschrijft, verbiedt haar dit min of meer. Daarop zit ze dag en nacht op de kamer van haar zoon en isoleert ze zich van de buitenwereld. Dit houdt ze circa elf maanden vol, waarna haar echtgenoot bij de huisarts meldt dat het ‘zo niet meer gaat’.

In het kader van de psychodiagnostiek wordt het klachtenpatroon geïnventariseerd. Er is angst, posttraumatische stress, rouw en een stemmingsstoornis. Cliënt voldoet aan zes van de negen symptomen van een depressieve episode. Deze zijn gekoppeld aan het verlies van haar zoon: voor het overlijden had de cliënt deze symptomen niet. Hetzelfde geldt voor de angstklachten. Kijken we naar de criteria voor een PTSS, dan blijkt cliënt niet aan de vermijdingscriteria te voldoen, want zij gaat gesprekken over haar zoon en diens overlijden niet uit de weg. Wel vermijdt ze allerlei pijnlijke prikkels over zijn verdrinkingsdood. Géén traumatische gebeurtenis wordt herbeleefd, maar cliënt ervaart wel het permanente gemis van haar zoon. De cliënt schrijft haar gehele gemoedstoestand toe aan het overlijden; het ligt voor de hand de rouw psychodiagnostisch nader te onderzoeken. Er zijn twee instrumenten gebruikt: de Rouw-Vragenlijst (RVL; Boelen, De Keijser & Van den Bout, 2001; Boelen, Van den Bout, De Keijser & Hoitink, 2003) en het Klinisch Interview Gecomplieerde Rouw (KIGR), die de diagnosticus helpen bij het diagnosticeren van gecomplieerde rouw (beide te vinden in: Van den Bout, Boelen & De Keijser, 1998, bijlagen 1 en 2). Cliënt voldoet volgens deze instrumenten aan de criteria voor gecomplieerde rouw.

Om de vroege hechtingsproblemen in kaart te brengen, kunnen de eerdergenoemde criteria voor de diagnose ‘separatieangststoornis’ gebruikt worden, maar met enige terughoudendheid, omdat deze diagnose formeel gezien alleen bij kinderen gesteld mag worden. Bruikbare diagnostische instrumenten voor hechtingsproblemen bij volwassenen zijn niet gevonden, anders dan het genoemde *Adult Attachment Interview*. Dit instrument, vertaald in het Nederlands door het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam, was in de diagnostische fase van de casus niet beschikbaar. Daarnaast heeft Parkes (1991, 1996) een uitgebreide vragenlijst naar vroeg hechtingsgedrag ontwikkeld met onder meer de vragen:

‘Hoe veilig waren de personen aan wie u gehecht was’ en ‘Wat deed u vroeger als u zich onveilig voelde?’ Dergelijke vragen kunnen de diagnosticus helpen bij het inschatten van basale hechtingsproblematiek.

### De behandeling van de moeder van de verdrinken zoon

Hierboven is het toestandsbeeld weergegeven van de moeder wier zoon op 19-jarige leeftijd verdrinkt. In een dergelijke ontredderde, innerlijk onrustige toestand kan ze niet op een reële manier overzien wat de gevolgen zijn van het missen van haar zoon. De richtlijnbehandeling rouw kan in deze toestand niet starten, omdat cliënt niet openstaat om haar irrationele schuldbeleving ter discussie te stellen en om geconfronteerd te worden met prikkels die ze vermijdt. Om deze reden start de therapeut met een voorfase.

#### Voorfase (1-15)

In deze voorfase gaat het om het opbouwen van een werkrelatie en het zoeken naar mogelijkheden om de innerlijke rust te helpen herstellen (stabilisatie en klachtenreductie). De therapeutische relatie is gericht op corrigerende ervaringen. Werkend vanuit een schemagerichte benadering betekent dit: ervaringen die de vroege onaangepaste schema's van de cliënt weerspreken (Young, 1999). Cliënt heeft drie prominent aanwezige schema's: emotioneel tekort, verlaten/instabiliteit en wantrouwen/misbruik, vastgesteld met Youngs Schemavragenlijst (zie Young & Pijnaker, 1999). Deze schema's zijn na het overlijden van de zoon geactiveerd. Mogelijk ten overvloede dient gemeld te worden dat in de diagnostiekfase onvoldoende aanwijzingen zijn gevonden voor een persoonlijkheidsstoornis en dat de schemagerichte benadering in die zin niet voor cliënt geïndiceerd is. De therapeut gebruikt in deze fase dit behandelkader omdat het aansluit bij de cognitieve therapie van de richtlijnbehandeling.

De therapeut tracht zich voorspelbaar en respectvol op te stellen en cliënt met *limited reparenting* meer gevoel van vertrouwen en verbondenheid te laten ervaren. Hij toont oprechte zorg voor de cliënt, is voldoende beschikbaar op een betrouwbare en voorspelbare wijze, geeft richting aan de cliënt en bevordert groei en eigen initiatieven. Daarnaast geeft hij uitleg over de invloed van cognities en schema's. Cliënt formuleert gedachten over zichzelf ('ik ben voor anderen niet de moeite waard'), haar zoon ('het is mijn schuld dat hij is overleden') en de therapeut ('als ik mijn gevoelens laat zien, wijst de therapeut mij af of maakt misbruik van mij')

In de zevende sessie begint cliënt te vertellen over slaapproblemen, die haar doen denken aan vroegere angstige ervaringen thuis op momenten dat haar ouders te veel gedronken hadden en ruzie met elkaar kregen. Ze verzon dan allerlei vluchtplannen die haar tot diep in de nacht wakker hielden. Het overlijden van haar zoon houdt haar opnieuw 's nachts wakker. Ze beschrijft het als 'een rampscenario dat niet mocht gebeuren'. Ze vertelt over de omstandigheden rond zijn geboorte en haar ambivalente houding naar het kind in de eerste maanden. Het kind belichaamt haar vermeende slechtheid ('ik had dit kind niet moeten krijgen, dat mag ik niet denken, daarom ben ik slecht en moet ik boeten'). Het lucht haar op hierover met de therapeut vrij te kunnen spreken. De ambivalente gevoelens naar haar beschermende én misbruikende broer komen aan de orde. Ze is in staat haar kwaadheid over zijn gedrag te uiten en op een ander moment hem te zien als 'iemand die er alleen voorstond en mij beschermde in moeilijke situaties'. Ze leert ambivalente gevoelens over haar zoon, broer en de rouw toe te laten en enigszins te verdragen.

#### Richtlijnbehandeling (15-40)

Na vijftien sessies begint ze minder onrustig te worden. De medicatie (antidepressivum en benzodiazepine), die ze dan al langere tijd slikt, lijkt ook wat beter aan te slaan. Dit is een moment om gericht de rouw te behandelen door geleidelijke confrontatie met stimuli die cliënt vermijdt, gevolgd door cognitieve technieken. Ik beschrijf hier de praktische uitwerking van de richtlijnbehandeling; voor een detaillering en onderbouwing van de technieken wordt verwezen naar Van den Bout en anderen (1998). Uit vervolgonderzoek (Boelen, Van der Bout en De Keijser, 2002) blijkt dat deze behandeling effectiever is dan een non-directieve behandeling. Voor de *exposure*-behandeling wordt een hiërarchie opgesteld van voor de cliënt moeilijke confrontaties:

*Hoog* – kijken naar de foto's van het stoffelijk overschot; lezen van de politieverklaring; kijken naar overlijdensadvertentie.

*Midden* – bezoek aan het huis van haar zoon; bekijken videoband van zijn trouwen.

*Laag* – spreken met haar schoondochter; bekijken van jeugdfoto's van haar zoon.

In de sessies starten we met de laagste situatie uit de hiërarchie: het bekijken van het jeugdalbom en als huiswerk het spreken met haar schoondochter over haar zoon. Beide zaken emotioneren cliënt, eerst hevig, na de tweede keer al minder. Vervolgens wordt het middengedeelte van de lijst doorgewerkt en daarna bekijkt ze samen met de therapeut voor het eerst politiefoto's van het stoffelijk overschot. Dit deel van de therapie heeft

effect, de confrontaties doorbreken de vermijding van pijnlijke emoties en cliënt begint haar verdriet, boosheid en angst te uiten. Het duurt langer dan de tijd die in de richtlijnbehandeling aan dit onderdeel besteed wordt, omdat de cliënt veel tijd nodig heeft om stappen te zetten in de confrontatie en ook regelmatig terugvalt in haar oude gedachteschema's, zich uitend in schuld en boete. De schemagerichte benadering wordt aanvullend gebruikt. Een gedragsexperiment dat cliënt in het kader van de therapie uitvoert, dient zowel de confrontatie als de correctie van een gedachteschema. Cliënt denkt dat de weduwe van haar zoon haar de schuld geeft van de onvoorzichtigheid waardoor hij is overleden. Ze heeft het contact met deze schoondochter zo veel mogelijk vermeden. Het experiment bestaat uit het vragen naar de gedachten van de schoondochter en het opschrijven van haar antwoord. Zonder schriftelijke notering heeft cliënt de neiging om achteraf een gesprek zo te interpreteren dat haar onaangepaste schema weer bevestigd wordt. De schoondochter bevestigt haar onschuld en toont verbondenheid met cliënt.

Op het moment dat cliënt in voldoende mate de confrontatie is aangegaan met stimuli die ze voordien vermeed, werd de cognitieve therapie van de richtlijnbehandeling ingezet. Deze bestaat uit het veranderen van situationele gedachten over het overlijden (O), over haar zoon (Z) en haar rouw en zichzelf (R). Cliënt schrijft alle gedachten die ze over deze onderwerpen heeft in een schrift. Een aantal irrationele gedachten wordt uitgedaagd, zoals:

'Het is mijn schuld dat hij is overleden. Ik ben een slechte moeder' (O)

'Ik heb hem op de wereld gezet, dus ik ben verantwoordelijk voor hem' (Z)

'Zijn overlijden is een ramp waar ik nooit overheen kom. Ik ben en blijf een wrak' (R)

Cliënt is in staat alternatieve gedachten te formuleren die haar minder pijn doen, zoals:

'X maakte sinds hij volwassen was zijn eigen keuzes en had zijn eigen verantwoordelijkheden' (Z). Ze oefent hiermee dagelijks, door het schrift door te nemen en de alternatieve gedachte hardop te lezen. Ze houdt tevens een geloofwaardigheidsscore bij per gedachte. Deze score verbetert langzaam. Haar belangstelling verbreedt zich, cliënt is minder exclusief gericht op haar overleden zoon en begint open te staan voor de andere kinderen en kleinkinderen wier (groot)moeder ze is.

#### Afsluitende fase (40-60)

In het afsluitende deel van de therapie, na circa anderhalf jaar, staat de separatie van therapeut en herstel van de autonomie centraal. De frequentie van de therapieessies

wordt geleidelijk verlaagd van twee keer per maand naar één keer per twee maanden. Deze therapiefase wordt gebruikt om cliënt ook positieve scheidingservaringen te bieden. Cliënt heeft geleerd vanuit een gezond schema over afscheid en losmaking na te denken. Ze valt vaak terug in haar oude schema's, die ze met vallen en opstaan zelf corrigeert. Zij bepaalt het tempo en de wijze van afbouw. De therapeut is non-directief in deze fase, met uitzondering van zijn actieve ondersteuning bij werkherleving. Het gaat in de gesprekken voornamelijk om het voorkomen van terugval en de stapsgewijze bevordering van de autonomie. Op het laatst formuleert cliënt haar gedachten over haar leven zonder de therapeut. Ze geeft haar afsprakenkaart een symbolische plaats bij haar stencils en schriften van de therapie: afgesloten, maar bereikbaar. Na ruim drie jaar en zestig sessies wordt de behandeling afgesloten. Op de RVL scoort ze onder de normscore. Op verzoek van de therapeut vult ze ruim een half jaar later de internetversie ([www.rouw.nl](http://www.rouw.nl)) van de rouwvragenlijst in en de score is wederom laag.

## Discussie

### Gecompliceerde rouw

Niet alle cliënten met de diagnose 'gecompliceerde rouw' kunnen direct starten met een standaard-rouwtherapie. De relatie diagnose–behandeling is niet eenduidig, omdat onder de diagnose 'gecompliceerde rouw' cliënten vallen die moeite hebben met het traumatische karakter van het verlies en cliënten met een hoge mate van scheidingsangst, én combinaties van beide. In dit artikel is een casus gepresenteerd van iemand met sterke gevoelens van scheidingsangst na het verlies van haar zoon. In een andere casus die eerder kort is genoemd, voldeed de cliënt aan de criteria voor gecompliceerde rouw, maar waren de traumatische herinneringen aan zijn overleden zoon, die onder een landbouwtrekker kwam, zo sterk dat een richtlijnbehandeling niet geïndiceerd was. Hier startte de therapeut met een EMDR-behandeling om, evenals bij de gepresenteerde casus, te vervolgen met de cognitief-gedragstherapeutische richtlijn. In beide casussen was dus een voorfase gewenst. Daarnaast hebben we (Boelen en anderen, 2002) een grote groep gecompliceerde-rouwcliënten behandeld met *alleen* de richtlijnbehandeling. De niet-eenduidige relatie tussen diagnose en behandeling is te verklaren vanuit de DSM-systematiek, waarin symptomen en niet syndromen bepalend zijn. Het lijkt dat de rouwsymptomen gevoed worden door twee min of meer afzonderlijke syndromen: scheidingsangst en trauma. Is de bijdrage van één of zelfs van beide in zeer sterke mate aanwezig, dan lijkt een voorbehandeling nodig. Met

Harkness, Shear, Frank en Silberman (2002) delen we de wens tot vervolgonderzoek naar kenmerken voor standaard- en gefaseerde behandeling.

### Richtlijnen en protocollen

Is het zinvol gebruik te maken van richtlijnen en protocollen? In de geestelijke gezondheidszorg zijn b(l)oeiende discussies gaande over het gebruik (Hutschemaekers, 2001). Hierbij is veel aandacht voor de toepasbaarheid. Tegenstanders vinden de dagelijkse klinische praktijk te divers om in richtlijnen en protocollen te vatten. Voorstanders lijken deze diversiteit soms te bagatelliseren. In dit artikel wordt in deze discussie een tussenpositie ingenomen. De gehanteerde fasering erkent de diversiteit, maar benadrukt tevens hoe belangrijk het is om gebruik te maken van effectieve behandelstandaarden. Naast de (protocollen)kunde dient de therapeut de kunst te verstaan op het juiste moment de *evidence based* protocol- of richtlijnbehandeling in te zetten en weer te stoppen. Gevalstudies zoals van Bakker en Korzec (2002) over richtlijnen en protocollen die tekortschieten, zijn waardevol. In de praktijk hebben cliënten baat bij een flexibele omgang met de richtlijnen.

### Gefaseerde behandeling

In een aantal helaas nog niet duidelijk te onderscheiden gevallen dient de standaard-rouwbehandeling ingebed te worden in een breder behandelmodel. Het model dat hiervoor in aanmerking lijkt te komen is het drie-fasebehandelmodel bij psychotrauma (Van der Hart, 1995; Van der Hart & Nijenhuis, 1999; Herman, 1993), bestaande uit:

1. stabilisatie en symptoomreductie;
2. behandeling van traumatische herinneringen;
3. persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie.

Overeen komen de stapsgewijze en rustige op- en afbouw van de behandeling en enkele van de gebruikte technieken. De overeenkomst in de eerste fase met de hier gepresenteerde behandelcasus is groot. In de tweede fase wordt de gecompliceerde rouw behandeld in plaats van de traumatische herinneringen en in de derde fase staat bij rouw niet de persoonlijkheidsreïntegratie, maar goed afscheid leren nemen en zelf verder gaan centraal.

Uitgaande van bovenstaand drie-fasemodel kan bij gecompliceerde rouw gestart worden met een breed scala van interventies waaronder: gesprekstherapie met de focus op ontwikkeling van de therapeutische relatie, schemagerichte benadering, ontspanningsoefeningen, klachtenreductie, traumaverwerking (EMDR), medicatie, gezins- of partnerrelatiegesprekken, ondersteuning



bij het opbouwen van dagstructuur of bij werkherhvatting.

Dit brede eerste gedeelte van de behandeling wordt gevolgd door een vastomlijnde standaard van *exposure*-therapie en cognitieve therapie. Deze omvat tussen de 15 (Boelen en anderen, 2000) en 20 (Harkness en anderen, 2002) bijeenkomsten, inclusief introductie en afronding. In de gepresenteerde casus beslaat deze tweede fase 25 zittingen, omdat de behandeling soms teruggrijpt naar elementen uit de schemagerichte behandeling uit de eerste fase.

In de derde en laatste fase van de rouwbehandeling ligt de nadruk op het bereiken van een nieuw emotioneel en sociaal evenwicht (taken 3 en 4 van het rouwtakenmodel) en het leren goed te separeren van de therapeut. Hierbij is de schemagerichte benadering van waarde door met de cliënt te focussen op de door het verlies geactiveerde onaangepaste schema's. In deze laatste fase van de behandeling kunnen diverse interventies gebruikt worden; zij sluiten meestal aan bij de technieken waarmee eerder gewerkt is. Zo kunnen schrijfopdrachten die in het midden van de therapie als vorm van *exposure* gebruikt worden, in de laatste fase worden toegepast bij de afronding van de therapie. Andere behandelmogelijkheden in de laatste fase zijn: gezins- of partnerrelatiegesprekken, ondersteuning bij werkherhvatting, ontwikkeling van nieuwe contacten, aanvullende vaardigheidstraining, aanvullende psychotherapie.

Het drie-fasenmodel voor de behandeling van psychotrauma kan, ingevuld met op verliesverwerking gerichte interventies, een waardevol behandelmodel zijn voor cliënten bij wie een richtlijnbehandeling gecompliceerde rouw niet volstaat.

#### Treatment of complicated grief

Those who are bereaved of complicated grief experience high levels of separation distress, traumatic distress or both. In an exemplary clinical case of a woman who lost her son, diagnostic instruments and treatment are presented. The therapist couldn't start the guideline cognitive-behavioral treatment because of the client's high levels of distress. Following the three-phased trauma treatment model this guideline was extended with elements of attachment-therapy and schema-focused therapy, among others. The use of evidence based guidelines extended with supplementary therapy is recommended for clinical practice.

## Literatuur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Bakker, A., & Korzec, A. (2002). *De gecompliceerde kliniek 2003. Als protocollen en richtlijnen tekortschieten*. Amsterdam: Benecke.
- Boelen, P.A., Bout, J. van den, & Keijser, J. de (2000). De cognitief-gedragstherapeutische behandeling van gecompliceerde rouw. In J. van den Bout, P.A. Boelen, J. Enklaar, M. Klaassen, P. Kievit & E. van der Veen (red.), *Handboek sterven, uitvaart en rouw* (pp. IV 7.2-1 - IV 7.2-23). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Boelen, P.A., Bout, J. van den, & Keijser, J. de (2002). *A controlled study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for traumatic grief: First results*. Presentatie 32<sup>e</sup> EABCT-congres te Maastricht, 18-21 september.
- Boelen, P.A., Bout, J. van den, & Keijser, J. de (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., Bout, J. van den, Keijser, J. de, & Hoitink, H. (2003). Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief. *Death Studies*, *27*, 1-23.
- Boelen, P.A., Keijser, J. de, & Bout, J. van den (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw Vragenlijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid*, *29*, 172-185.
- Bout, J. van den, Boelen, P.A., & Keijser, J. de (red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation*. Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. III: Loss, sadness and depression*. Harmondsworth: Penguin.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorder: Their connection to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, *66*, 835-878.
- Buijssen, H. (1998). Rouw bij ouderen. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 136-143). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cassidy, J., & Mohr, J.J. (2003). Onoplosbare angst, trauma en psychopathologie: theorie, onderzoek en ideeën over de behandeling van gedesorganiseerde hechting in de hele levensloop. *Toegang tot de psychotherapie internationaal*, *11*, 123-156 en 308-326.
- Fiddelaers-Jaspers, R. (1998). Rouw bij jeugdigen. In J. van den Bout, P.A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 119-135). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Harkness, K.L., Shear, M.K., Frank, E., & Silberman, R.A. (2002). Traumatic grief treatment: Case histories of 4 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 1113-1120.
- Hart, O. van der (red.) (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999). Fasengerichte behandeling van posttraumatische stress. In P.G.H. Aarts & W. Visser (red.) *Trauma, diagnostiek en behandeling* (pp. 245-256). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonnanno, G.A., Milbrath, C., & Stinson, C.H. (1997). Criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 905-910.

- Hutschemaekers, G. (2001). Onder professionals: hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 806-831.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: diagnosis, treatment, and prevention*. Londen: Brunner/Mazel.
- Keijser, J. de (1997). *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Keijser, J. de, Boelen, P.A., & Bout, J. van den (1998). Schrijfopdrachten, therapeutische rituelen, systeeminterventies, creatieve therapie en andere interventies. In J. van den Bout, P. A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 95-113). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijser, J. de, Bout, J. van den, & Boelen, P.A. (1998). Gecompliceerde 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.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganised attachment pattern: Procedures, findings and theoretical implications. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.) *Affective development in infancy* (pp. 95-124). New York: Academic Press.
- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M.S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.) *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention* (pp. 44–61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Parkes, C.M. (1991). Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 268-292). Londen: Routledge.
- Parkes, C.M. (1996, 3rd edition). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Londen: Tavistock/Routledge.
- Parkes, C.M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 25-46). Washington: American Psychiatric Association.
- Parkes, C.M., & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, C.F., Shear, M.K., Newsom, J.T., & Jacobs, S.C. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *American Journal of Psychiatry*; 153, 1484-1486.
- Prigerson, H.G., & Jacobs, S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H.A.W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 613-647). Washington DC: American Psychological Association Press.
- 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., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.W.B., Widiger, T.A., Rosenheck, R., Weiss, R., Beery, L.C., Rynearson, E.K., Frank, E., Kupfer, D.J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Rosenblatt, P.C. (2001). A social constructionist perspective on cultural differences in grief. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. (pp. 285-300). Washington: American Psychiatric Association.
- Schut, H., Keijser, J. de, Bout, J. van den, & Dijkhuis, J. (1991). Post-traumatic symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Stroebe, M., Son, M. van, Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & Bout, J. van den (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20, 57-75.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001a). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5, 62-83.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001b). Theorieën over rouw. In J. van den Bout, P.A. Boelen, J. Enklaar, M. Klaassen, P. Kievit & E. van der Veen (red.), *Handboek sterven, uitvaart en rouw* (pp. IV 7.2-1-IV 7.2-23). Maarssen: Elsevier.
- Vachon, M.L., Sheldon, A.R., Lancee, W.J., Lyall, W.A., Rogers, J., & Freeman, S.J. (1982). Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social network, life situation and personality. *Psychological Medicine*, 12, 783–788.
- Worden, J.W. (1992). *Verdriet en rouw. Gids voor hulpverleners en therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wijngaards, L., Cuijpers, D., Hutschemaekers, G., & Bout, J. van den (1998). Rouwen in de geestelijke gezondheidszorg – een exploratief onderzoek in vier RIAGG's. In J. van den Bout, P. A. Boelen & J. de Keijser (red.), *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking* (pp. 17-25). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd edition). Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J.E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.