

Ongepaste afstand

Klinisch psychologen en psychotherapeuten op weg naar
betere verbinding tussen wetenschap en praktijk

Afscheidsrede prof. dr. Jos de Keijser



Colofon

Deze uitgave is mogelijk gemaakt door Stimuleringsfonds Rouw, de
Rijksuniversiteit Groningen en Opleidingsinstituut PPO

© Prof. dr. Jos de Keijser, Groningen, 2025
Rijksuniversiteit Groningen, 1 juli 2025

Illustraties: Loes Faber
Vormgeving: Salwa Issa



Dank voor uw belangstelling om mijn afscheidsrede te beluisteren of te lezen.

Vandaag eindigt mijn bijzondere leerstoel en hoofdopleiderschap waarmee ik heb getracht een bijdrage te leveren om wetenschap, opleiding en praktijk in de psychologie dichter bij elkaar te brengen. Helaas is de afstand tussen wetenschap en praktijk nog altijd ongepast groot is. Zeker, er zijn zichtbare stappen gezet om de wetenschap beter toe te passen in de geestelijke gezondheidszorg. Kijk alleen maar naar de vele zorgstandaarden. Maar te vaak zie ik in de praktijk *het toepassen* van wetenschappelijke kennis verminderen op het moment dat dit niet in direct belang van de gebruiker is.

“*Wetenschap is ook maar een mening*”, is dan een veel gehoorde reactie. De betrouwbaarheid van die informatie wordt dan aangevochten. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft recent (WRR, 2024) haar zorg uitgesproken over de invloed van belangengroepen en het beheer van sociale media bij het vaststellen van de betrouwbaarheid van informatie. Het lijkt dat iedereen de eigen waarheid zoekt en de tijden van onafhankelijke instituten en organen die boven de partijen stonden, voorgoed voorbij zijn. Dit is opmerkelijk want op macroniveau neemt het vertrouwen in de wetenschap in het algemeen alleen maar toe (Rathenau Instituut (7.4/10) en het vertrouwen in psychologen en medici is zelfs nog groter (8.4/10) (Glicoric e.a., 2024).

Dit vertrouwen is mooi, maar kunnen klinisch psychologen en psychotherapeuten dit waarmaken? Doen we wat we moeten doen? Het onderzoek naar behandel-integriteit laat de discrepantie tussen wetenschap en praktijk zien. Hoewel een ruime meerderheid (64%) van de behandelaren aangeeft bij ten minste 60% van hun cliënten een evidence-based behandeling in te zetten, geeft minder dan 3% aan een protocol bij (bijna) alle cliënten volledig te volgen (Greeven & van Samsbeek, 2020; Perepletchikova e.a., 2007). Zorgstandaarden die de afgelopen 20 jaar met veel wetenschappelijke zorgvuldigheid zijn vastgesteld, worden in de praktijk blijkbaar vaak opgevat als hulpmiddel ‘als het uitkomt’. Het onderzoek naar ‘treatment integrity’ (Esposito e.a., 2024) toont dat psychologische behandelingen die volgens een effectieve methode worden uitgevoerd, betere resultaten hebben dan behandelingen zonder effectieve methode. In de medische wetenschappen is deze behandel-integriteit vele malen hoger. Dat is niet vreemd, omdat psychologie een wetenschap is, waar rond diagnostiek en behandeling meer vrijheidsgraden aanwezig zijn dan bij pak weg een staaroperatie; maar de verschillen zijn groot. Een actueel punt in de GGZ bij behandel-integriteit is de duur van de behandeling. Bij gegeneraliseerde angststoornis wordt, zo blijkt uit de DBC-gegevens 55% van de cliënten langer behandeld dan de aanbevolen 12 sessies, en bij obsessief-compulsieve stoornis 36% langer dan de aanbevolen 20 sessies (Oberjé e.a., 2016). Dit betreft jaarlijks duizenden behandeluren die verricht worden zonder dat daar evidentie voor bestaat.

Kortom, het *toepassen* van de wetenschappelijke kennis in de GGZ-praktijk is een groot probleem. Er bestaat een ongepaste afstand tussen wetenschappelijke kennis en praktijktoepassingen. Mijn pleidooi vandaag is dat scientist-practitioners kunnen bijdragen om deze afstand te helpen verkleinen door klinisch te redeneren en in behandelteams in gesprek te gaan over het onderscheid tussen kennis en mening. Ik zie scientist-practitioners als kloofdichters, die wetenschappelijke argumenten gebruiken om zichzelf en collega's aan te sporen de kennis toe te passen om de zorg te verbeteren én de doelmatigheid te verhogen. Ik zal straks op de scientist-practitioner terugkomen, maar wil eerst stilstaan bij de recente geschiedenis om te begrijpen dat klinisch psychologen en psychotherapeuten van ver komen. Ik doe dat aan de hand van mijn gang door de psychiatrie, later GGZ.

2 Waar de klinisch psycholoog en de psychotherapeut vandaan komen

Ik mocht in mijn eerste baan als psycholoog in 1985 een diagnostisch advies uitbrengen aan de psychiater die medicatie voorschreef en mij vroeg de bijwerkingen van de behandeling (lees: medicatie) met de patiënt te bespreken. En geloof me, hoewel het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker (PZ-Franeker) niet voorop liep in de ontwikkelingen, was ik echt niet de enige psycholoog met dit soort taken. Er was geen heldere taakomschrijving en verantwoordelijkheid voor psychologen en geen BIG-registratie. De eerste mijlpaal kwam in 1986: de formele erkenning van het beroep psychotherapeut in het overheidsregister.

Ik deed eerst de opleiding tot gedragstherapeut en kon vandaaruit 'sprokkelend' psychotherapeut worden. Toen in 1998 het BIG-register open ging, kon ik me direct laten registreren voor twee artikel 3 beroepen: GZ-psycholoog en Psychotherapeut. Met deze twee basisberoepen op zak, kreeg ik in 2006 na de komst van het specialisme (artikel 14) het predicaat "Klinisch Psycholoog". Deze beroepenstructuur heeft de afgelopen 20 jaar stand gehouden, al heeft het tot tweemaal toe - in 2004 (Minister Hoogervorst) en 2024 (Minister Agema) - niet veel gescheeld of het basisberoep Psychotherapeut was verdwenen.



De Klinisch Psycholoog is sinds 2005 een erkend BIG-specialisme en is de afgelopen 20 jaar uitgegroeid tot een in volume en positie volwaardig specialisme (2025: 2905). We staan gelijk met het aantal apothekers en naderen de psychiaters (2025: 3105). In 2011, toen het LPO, het Landelijk P-opleiders Overleg, 10 jaar bestond, hield ik een lezing met de titel: 2000-2010 de Gouden Eeuw van de klinische psychologie. Een constatering was dat de mensen die in de echte Gouden Eeuw leefden, zich helemaal niet zo bewust waren van de welvaart. Die welvaart gaf schilders als Rembrandt ruimte om niet bezig te hoeven zijn met de struggle for life. Pas achteraf is door geschiedkundigen het predicaat "Gouden Eeuw" toegekend.

Ik kan nu dus nog niet spreken van de Gouden Eeuw van de psychologie, maar kan wel vaststellen dat het de klinische psychologie en psychotherapie voor de wind gaat. Denk daarbij aan een goed salaris, de positie van leidinggevend in de zorg, betaalde opleidingsplaatsen e.v.a. verworvenheden. En dit is alleen het materiële gedeelte. Het aantal klinisch psychologen en psychotherapeuten in richtlijn commissies, raden van bestuur en die (bijzonder) hoogleraar worden, is de laatste jaren enorm gestegen. Klinisch psychologen zitten op sleutelposities in de zorg. Bij mijn start in PZ Franeker, waren de 6 hoofden behandeling allen mannelijke psychiaters. Nu zijn bij GGZ Friesland de meeste inhoudelijk directeuren, klinisch psycholoog en bovendien: vrouw.

Mijn rol van 'begeleider van medicatie-bijwerkingen' via regiebehandelaar met eigen diagnostische en behandelverantwoordelijkheid naar hoofd van de psychiatrische polikliniek, was niet alleen een persoonlijke positieverbetering, maar kenmerkt tevens die van de psychologisch zorgprofessional in het algemeen. De moderne klinisch psycholoog diagnosticeert, behandelt, doet onderzoek en geeft leiding. Buitenstaanders vragen vaak "wat is nu precies je specialisme als klinisch psycholoog?". Dit dus. Vrij naar Goethe: In der Kombination zeigt sich erst der Meister. In deze combinatie is voor mij de wetenschap de basis. Ik was een nieuwsgierige psycholoog: waarom reageerde mevrouw X. heel anders op een antipsychoticum dan de heer Z.? Ik mocht van de psychiater met ze praten, zag persoonlijke verschillen, vond in de bibliotheek (op de fiets naar een donker gebouw, 1986!) Amerikaanse tijdschriften met artikelen over coping en ontdekte dat er verschillende "copingstijlen" waren, waarbij niet alleen het middel (de medicatie) maar ook de persoonlijkheid en de oorzaak van de klachten van invloed zijn op het gedrag. Ik vroeg mevrouw X. wat haar zo in de war maakte en sprak ook met haar zus. Beiden hadden in de oorlog ondergedoken gezeten op een boerderij, waar beiden langdurig seksueel misbruikt waren. De zus had een dwangstoornis ontwikkeld en kon zich net staande houden, mevrouw X. werd psychotisch als ze overprikkeld raakte en moest veelvuldig opgenomen worden. Toen ik het misbruik in het team besprak, kreeg ik het verbod nog langer met mevrouw X. over haar verleden te praten. Ook de gesprekken met de zus waren niet nodig, aldus de psychiater. Daarna ging ik vaker naar de bibliotheek om evidentie te zoeken. Dit zoeken werd overigens steeds eenvoudiger; ik kon - door de digitale tijdschriften - thuis blijven en bovendien kwam er veel meer evidentie, maar toen zaten we al in de Gouden Eeuw van de psychologie.

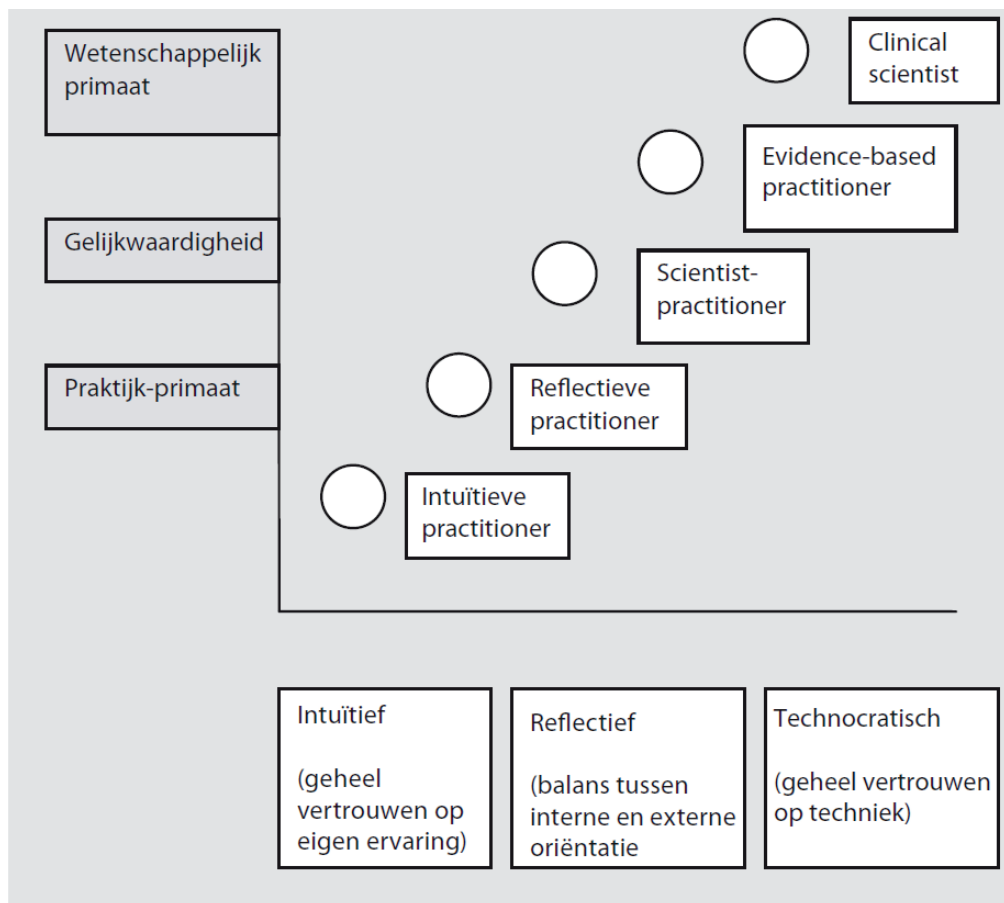
3 Scientist-practitioner

De wetenschap heeft me niet meer losgelaten en bij toeval kwam ik op het onderwerp rouw. Met rouw krijgt ieder mens te maken, maar slechts een klein deel komt na een verlies in de GGZ. Ik was benieuwd naar rouwenden die het goed deden. Daar kun je veel van leren. Hoe het kwam dat zij wel en anderen niet herstellen en wat kan je daaraan doen, qua interventies? Daarover ging mijn promotie-onderzoek in 1996. Voordat ik het wist werd ik bestempeld tot 'expert' en heb ik jarenlang voornamelijk cliënten met rouw behandeld. Het lastige van experts is dat ze heel monomaan zijn. Omdat je veel aandacht hebt voor je deelgebied, is het moeilijk om op andere gebieden bij te blijven. Dat begon voor mij te knellen en daarom ging ik als klinisch psycholoog op zoek naar andere onderwerpen. Eerst werd ik manager behandeling, wat ik met plezier een aantal jaren gedaan heb en gecombineerd heb met het opleiderschap. Rond 2000 werd ik praktijkopleider en P-opleider bij GGZ Friesland. We mochten 'beschikt opleiden', dat betekende geld: en een grote erkenning voor de postmaster psychologie opleidingen.



Dit zorgde voor een forse groei. We hoefden niet meer in eigen tijd 's avonds en op eigen kosten een opleiding voor GZ-psycholoog of Psychotherapeut te volgen. Het werd betaald uit zorgverzekering gelden. Onze voorgangers Jos Dijkhuis, Maarten van Son, Cees van der Staak en hier in Groningen, Cas Schaap, mogen we dankbaar zijn voor deze uiterst belangrijke stap. Al was ik in het begin soms ook wel een beetje jaloers op de opleidingen die tussen 9 en 17 drie of vier dagen werkten, een aparte dag naar de opleiding gingen en deden of dat de normaalste zaak van de wereld was. Die jaloezie is overgegaan in bewondering, want wat is het opleiden boeiend, zowel in de praktijk, als in het cursorische gedeelte van de opleiding. Talentvolle jonge collega's die zeer verschillend zijn en na 2 (GZ) 3 (PT) of 4 (KP) jaar allen een eigen weg vinden en die door hun de opleiding de zorg echt beter maken. Ik denk dat goed opleiden de belangrijkste manier is om de afstand tussen praktijk en wetenschap te verkleinen.

In 2009 kwam ik in vaste dienst bij de RUG om mijn combinatie-passie uit te voeren: behandelen (bij GGZ Friesland), wetenschappelijk onderzoek doen en opleiden! Ik voelde mij een echte scientist-practitioner. Maar wat is dat? De omschrijving van Hutschemaekers (in: Kessels e.a., 2010) (figuur 1) gebruik ik reeds langere tijd om de hedendaagse praktijk wetenschapper, de klinisch psycholoog én de modern opgeleide psychotherapeut te typeren:



Figuur 1: Scientist-practitioner

Enerzijds niet te intuïtief gericht op eigen ervaring, anderzijds niet te technocratisch, blindelings vertrouwend op de wetenschap. De scientist-practitioner erkent de waarde van de praktijk én de klinische intuïtie in combinatie met de vaak complexe context van het gezin, de subcultuur (invloed van armoede, culturele achtergrond, opleidingsniveau) en andere invloeden.

Ik citeer Hutschemaekers (In: Kessels e.a.2010): *“De scientist-practitioner is voortdurend bezig met de vraag of hij het goede wel goed genoeg doet (...). Beantwoording vindt plaats op basis van informatie uit de relevante wetenschappelijke literatuur. Deze weet hij te vinden, te begrijpen, op zijn merites te beoordelen en te vertalen naar zijn praktijk. Als wetenschapper weet hij naar zijn eigen praktijk te kijken en die als wetenschapper te onderzoeken. (...)Als praktiserend psycholoog kan hij reflecteren op de wetenschap, en als wetenschapper op de praktijk. Daarbij gaat het ook om reflectie op zichzelf: vanuit het perspectief van zijn ene rol kan hij reflecteren op zijn werkzaamheden behorend bij zijn andere rol. De scientist-practitioner is wat dat betreft van nature een twijfelaar, in die zin dat deze twijfel niet van ziekelijke aard is (gebrek aan zelfvertrouwen), maar een methodische twijfel.(Love yourself as a person, doubts yourself as a therapist, Nissan-Lee e.a., 2015) Door die methodische twijfel ontstaat oog voor de context en aandacht voor verschil in perspectieven. Dat nuanceert en relateert. De scientist-practitioner weet dat zijn kennis en expertise uiteindelijk mensenwerk zijn, met alle voor- en nadelen van dien”.*

Ik zal het belang van scientist-practitioners toelichten op een viertal werkgebieden waarbij ik betrokken ben geweest. Ik begin bij de psychotherapie.

4 Scientist-practitioners in de psychotherapie

In mijn opleiding tot psychotherapeut, eind jaren 80, bestond het 'huis van de psychotherapie' uit vier kamers; te weten de in het overheidsregister vastgestelde referentiekaders (psychoanalytisch, Rogeriaans (later cliënt-gericht), gedragstherapie en systeemtherapie. Daarnaast, in een soort tuinhuis, bevond zich de groepstherapie, een gezellige plek waar iedereen welkom was. De rivaliteit tussen de kamers was groot en toen ik in een behandelteam kwam werken, zag ik kamerdeuren open, dan wel dicht gaan voor bepaalde cliënten, waarbij het criterium 'inzicht gevend vermogen van de cliënt' leidend was.

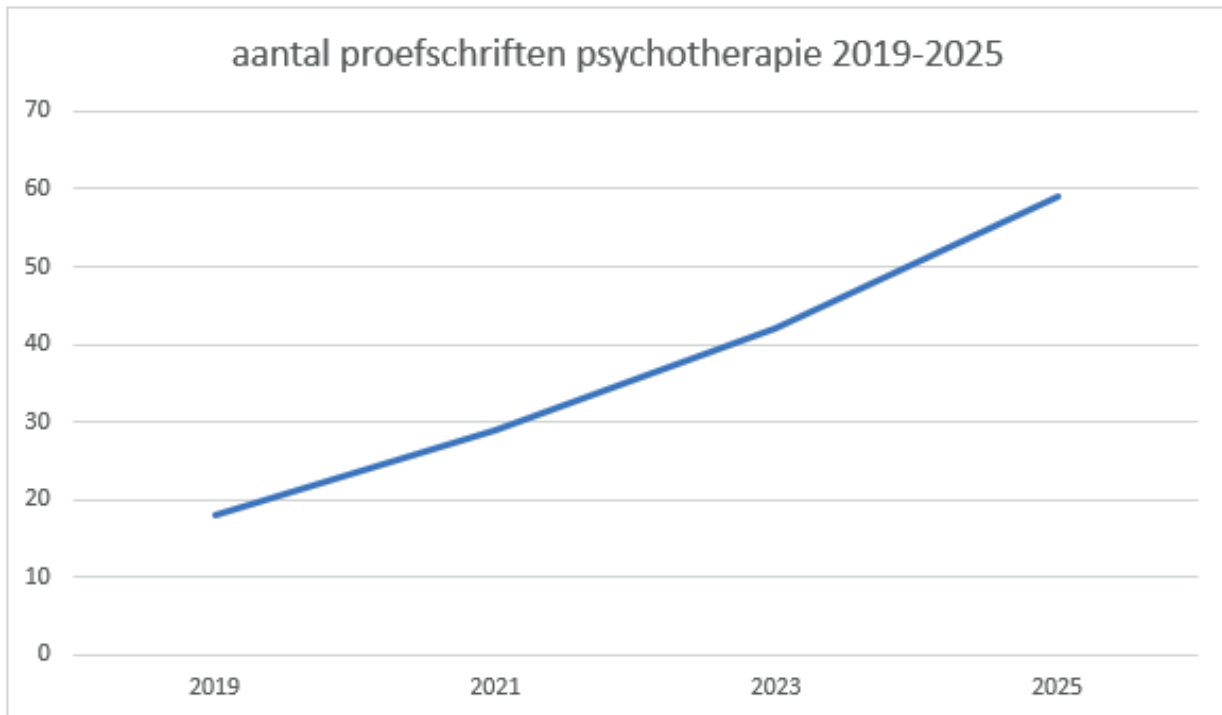
Wat er achter die deuren gebeurde, werd niet in het team besproken, want was alleen bestemd voor kamergenoten (interviewgroep met collega's uit dezelfde referentiekader). Hoe meer inzicht bij de cliënt, hoe langer opgeleid de therapeut en hoe langer ook de psychotherapie. Ik had hier vragen bij, dus ging weer op de fiets naar de bibliotheek. Wetenschappelijk onderzoek naar indicatiestelling was (en is overigens nog steeds) schaars, waardoor factoren zoals ernst en duur van de klachten, lijdensdruk, invloed van de context niet of nauwelijks in ogenschouw werden genomen. In ons team, eind jaren 80, ging het om de positie van de psychotherapeut en de alliantie die deze aanging met anderen om de juiste mensen in de eigen kamer te krijgen.



In dit spel ging het erom a) zoveel mogelijk cliënten in je kamer te krijgen met inzichtgevende vermogens, toen de YAVIS-genoemd (Young, Attractief, Verbaal, Intelligent en Succesvol; b) zo weinig mogelijk HOUND's, die zijn: Humble, Old, Unwanted, Non-verbal en Dumb. U zult begrijpen dat de Yavis-therapeuten bovenop de apenrots zaten.

Evidence based werken stond in de 80-er jaren in de kinderschoenen, maar heeft een vlucht genomen. Het onderzoek naar psychotherapie loopt goed.

Elke twee jaar beoordelen wij in de jury van de Pieter Boekprijs het beste proefschrift over psychotherapie en elke twee jaar stijgt het aantal proefschriften met bijna 50% (2019: 18;2021:29;2023:42; 2025 56): dit jaar dingen 56 proefschriften mee.



Figuur 2: Aantal proefschriften psychotherapie

We weten steeds meer over effectiviteit, efficacy en indicatiestelling, allemaal terug te vinden in de 19 zorgstandaarden voor de behandeling van psychische aandoeningen. Tevens bestaat de richtlijn Psychotherapie (www.ggzstandaarden.nl), waarin shared-decision making, de universeel werkzame factoren, zoals betrekken van de context van de cliënt en zijn problematiek en het belang van de therapeutische relatie goed beschreven staan. Met bijvoorbeeld het TPO (Therapeutisch psychologisch onderzoek) wordt de verbinding tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling steeds beter gelegd (de Saeger, 2024).

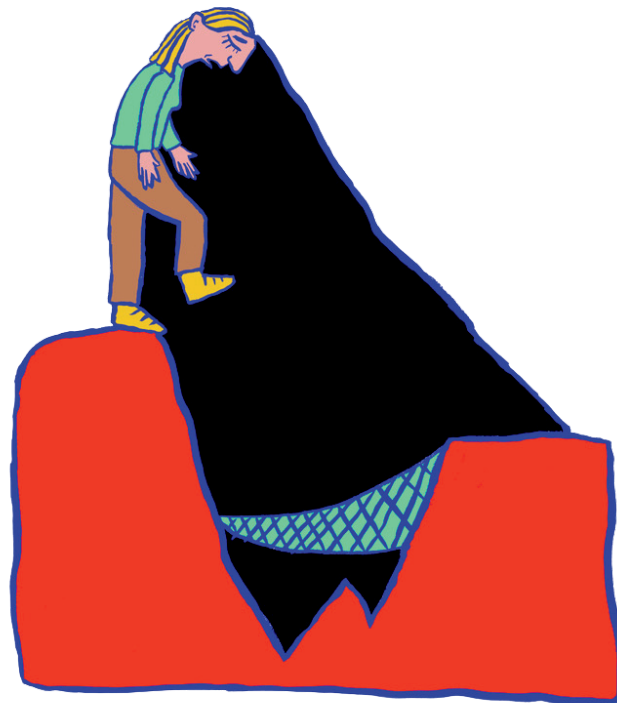
Een aantal van die genoemde proefschriften gaat over het belang van de therapeutische relatie, niet alleen om de psychotherapie beter uit te voeren, maar vooral om de cliënt te motiveren vol te houden om het gedrag te veranderen. Hierbij is integratie met mail, app en directe online toepassingen steeds gebruikelijker. De nieuw opgeleide psychotherapeuten leren af te stemmen met de cliënt en diens omgeving, leren te verdragen dat veranderingen bij de cliënt lang uitblijven en zijn betrokken bij de problematiek, maar blijven buiten de persoonlijke leefomgeving van de cliënt.

Kortom: betrokkenheid met gepaste afstand. Het bespreken van deze afstand-nabijheid, bijvoorbeeld met systematische feedback is van wezenlijk belang. En dit niet alleen te bespreken met de cliënt, als die band knelt, maar ook in het team. Dat voorkomt situaties waarin de goed bedoelende therapeut te weinig afstand bewaard, bijvoorbeeld, zoals wij laatst in het Centraal Tuchtcollege een therapeut bestraffen die gedurende lange tijd gemiddeld 50 appjes per dag stuurde naar de cliënt, zelfs nadat de behandeling was afgesloten.

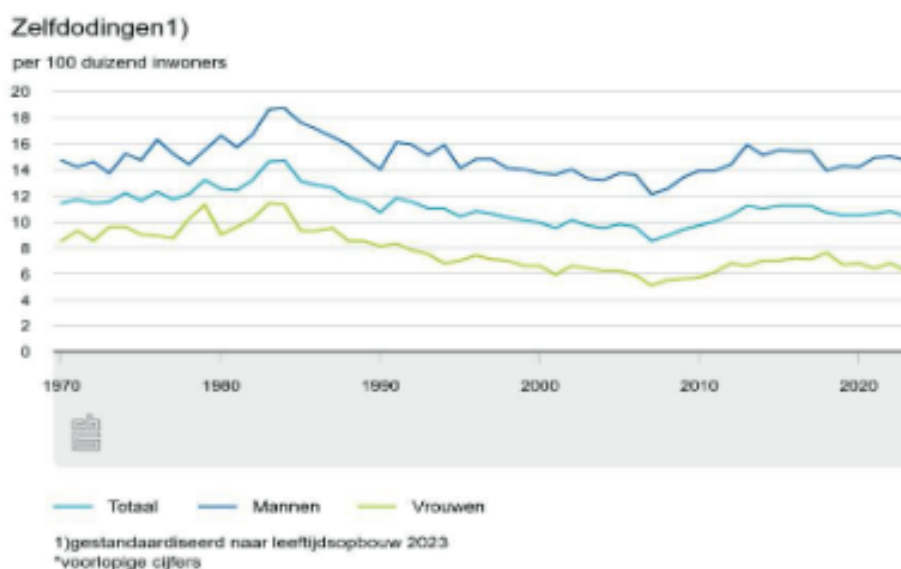
De moderne psychotherapeut past werkzame factoren toe in de behandeling van complexe cliënten, waarbij de complexiteit veelal zit in de combinatie van een psychische aandoening, veelal persoonlijkheidsproblematiek en een niet-steunende context.

5 Scientist-practitioners en suïcidepreventie

Veel nabestaanden van wie de partner of een familielid zich suïcideert zoeken hulp. Ik heb zowel individueel, in groepen en met gezinnen rouwtherapie uitgevoerd en dacht vaak: waarom is het niet gelukt om *deze* suïcide te voorkomen? De gevolgen zijn, vaak generaties lang, erg ingrijpend. Zo verdiepte ik me steeds meer in suïcidepreventie. De suïcide van een cliënt raakt ook de professional diep. Vijf keer heb ik dat meegemaakt, bovengemiddeld voor specialistisch GGZ-beroepsbeoefenaar, met circa één suïcide in de tien jaar. De vijf suïcides staan me alle nog geheel bij. Wat gaat er om in een suïcidaal persoon? De toestand moet zo pijnlijk, zo ondragelijk zijn, dat het perspectief om er niet meer te zijn aantrekkelijker is, dan het verdragen van de pijn.



Suïcidepreventie is een gebied waar de praktijk en wetenschap helaas op grote afstand staan. We weten inmiddels dat 'contact maken met de suïcidale persoon' voor de diagnostiek en behandeling van groot belang is. Maar hoe hoog-risico groepen goed bereikt kunnen worden, is onvoldoende onderzocht. De afgelopen decennia zijn veel middelen aangewend om het aantal suïcides in Nederland te verminderen. Helaas zien we geen echte afname en maken jaarlijks bijna 1900 mensen een eind aan hun leven.



Figuur 3: Aantal suïcide in Nederland vanaf 1970 (bron: CBS)

GGZ Friesland traint intensief behandelaren. Met collega's hebben we de EHBS (eerste hulp bij suïcidaliteit) training ontwikkeld, die elke twee jaar door alle behandelaren gevolgd wordt. Daarnaast trainen we 'gatekeepers': mensen buiten de GGZ, zoals schooldecanen, spoorwegpersoneel, politie, die veel met suïcidale personen te maken krijgen. Het doel, ook van SUPRANET GGZ, is dat ieder persoon, zorgprofessional én burger, weet hoe te handelen bij suïcidaliteit, maar ondanks de vele inspanningen, ook van Stichting 113, wordt dit doel onvoldoende bereikt. Ik doe hiermee tekort aan de ontwikkelingen bij mensen met autisme, transgenders en oudere mannen, waarvoor zinvolle doelgroepbenaderingen ontwikkeld zijn. Ook het onderzoek naar nieuwe behandelmethoden voor suïcidale personen gaat vooruit, bijvoorbeeld met EMDR-flashforwards (van Bentum, 2024; Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).

Dit alles heeft niet geleid tot het verminderen van het aantal overlijdens, zoals dat wel gebeurt door wetenschappelijk onderzoek naar bijvoorbeeld verkeersdoden (1980: 1900, nu 700, daling van 65%) door gebruik van airbags, alcohol-slots, helmen enzovoorts. Ook het kankeronderzoek dient hier genoemd te worden: de sterfte statistieken zijn met name gedaald door verbeterde preventie, vroegtijdige opsporing en vooruitgang in behandelingen. Het lukt helaas onvoldoende om fondsen te verwerven voor grootschalig onderzoek naar suïcidepreventie en onvoldoende om de bestaande kennis tussen de oren van behandelaren én algemene bevolking te krijgen. Van suïcidale cliënten met persoonlijkheidsproblematiek is bekend dat één op de tien overlijdt door suïcide, vaak jonge mensen die beter verdienen dat we anno 2025 bieden. We weten alleen niet goed hoe. Helaas is de afstand tussen suïcidale personen enerzijds en fondsverstrekken en andere burgers anderzijds erg groot.

6 (Persisterende) rouw

Tijdens mijn doctoraalstudie kwam ik in een werkgroepje over rouw. Het onderwerp boeide me, ik schreef mijn doctoraalstudie erover en stelde vast dat over zo'n algemeen menselijk fenomeen als rouw, eigenlijk heel weinig psychologisch onderzoek was gedaan. Wat is rouw? vroeg ik me af. Het antwoord is bekend – anders had u allen hier niet gezeten – het onderwerp heeft me niet meer losgelaten, gezien mijn promotieonderzoek en later de bijzondere leerstoel. Daarom zal ik bij dit onderdeel wat langer stilstaan.



Ondank mijn twijfels bij de gebruikte classificatiesystemen voor psychische aandoeningen, DSM en ICD, merkte ik toch een gevoel van erkenning dat in de ICD-11 en in de DSM-5-TR de persisterende rouwstoornis is opgenomen als een volwaardige classificatie, waarvan de behandeling inmiddels vergoed wordt door de ziektekostenverzekering. Erkenning, omdat in 1986 het toenmalige Preventiefonds oordeelde dat onderzoek niet nodig was, immers: “alle rouw is verstoord”. Onder leiding van mijn latere promotor, Jan van den Bout kwam via andere bronnen wel subsidie beschikbaar en constateerden we onder meer welke nabestaande vastloopt en psychologische hulp nodig heeft en wie op eigen kracht herstelt. We onderzochten nabestaanden na moord, suïcide, de vliegcrash MH17 en een dodelijk verkeersongeval en keken naar de gevolgen van vermissing en nabestaan in coronatijd. Bij deze onderzoeken is veel kennis over rouw verzameld.

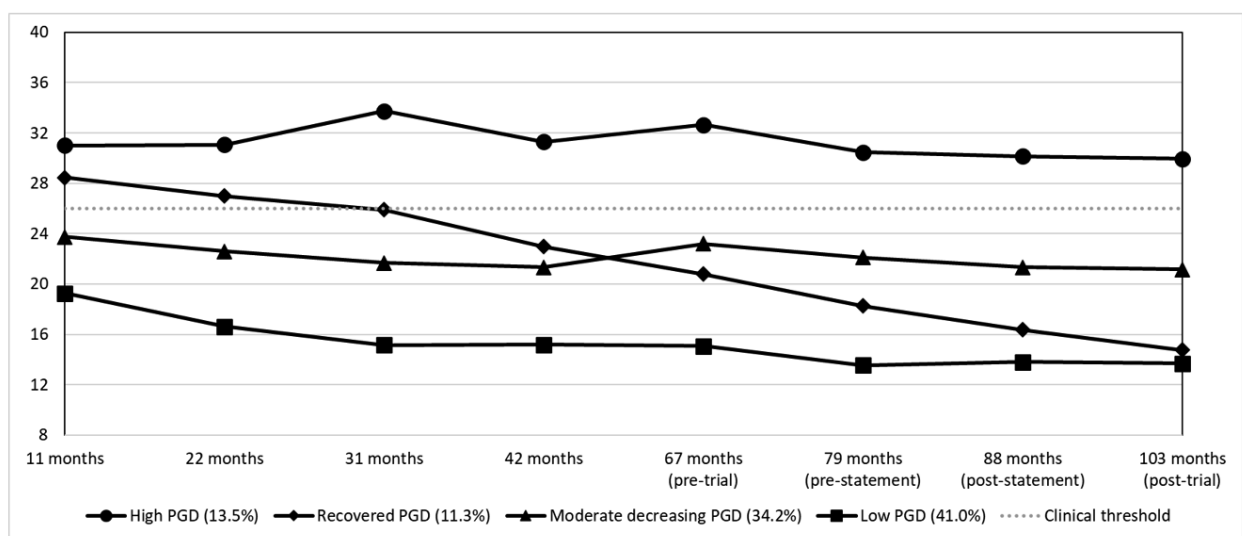
Diverse promovendi en collega-onderzoekers waren hierbij betrokken. Het meest trok ik op met collega scientist practitioners, Paul Boelen en Geert Smid. Naast het vinden van risicofactoren trachten we in gerandomiseerde studies steeds ook het effect van psychologische interventies te onderzoeken. De interventies zijn uitgevoerd door een netwerk van psychologen (Netwerk Traumatisch Verlies) en als echte scientist-practitioners gebruikten we de behandelprotocollen natuurlijk ook in onze behandelingen. Op deze wijze zagen we dat sommige cliënten sneller verbeterden door de behandeling dan anderen. Bij persisterende rouw heeft dat vaak te maken met *vermijding*.

Bijvoorbeeld: een nabestaande wil na de suïcide van haar dochter wel praten over haar dochter, maar probeert de beleving van pijn van het gemis en de schuldgevoelens te vermijden. Een bijzonder fenomeen: je rumineert de hele dag over de overledene en tegelijkertijd vermijd je om op belevingsniveau met het verlies bezig te zijn. Voor de rouwbehandeling zoekt de therapeut met de cliënt en diens omgeving naar belemmeringen van de normale rouw (de Keijser, Boelen & Smid, 2023).

Belemmerende factoren hebben onder meer te maken met de doodsoorzaak. Na een gewelddadige dood worden nabestaanden geconfronteerd met ingrijpende beelden en de (juridische) gevolgen. Nabestaanden zijn boos en uit een serie studies (Lenferink e.a., 2024) blijkt dat boosheid en persisterende rouw stoornis sterk samenhangen. Na analyse van de MH-17 data bleek persisterende rouw boosheid te voorspellen en andersom niet; verdriet triggert als het ware de boosheid. Dat betekent dat in de rouwbehandeling de focus niet direct op die boosheid hoeft te liggen, maar op het verdriet en gemis (Nijborg e.a., 2025).

6 Preventie van complexe rouw

Het belang van wetenschappelijk onderzoek betaalt zich bij rouw onder meer uit in kennis over rouwtrajecten van nabestaanden. Een grote groep nabestaanden van de vliegcrash MH 17 (N= 299) hebben we bijna 9 jaar lang kunnen volgen (Nijborg e.a. in druk). Ongeveer één op de zeven nabestaanden (zie figuur 3, zwarte bolletje) voldoet vanaf het begin aan de criteria voor persisterende rouw en hun rouwklachten blijven hoog. Vele van deze mensen hebben een lage kwaliteit van leven; kunnen bijvoorbeeld niet meer werken. We hebben een rouwbehandeling gemaakt die effectief én kosteneffectief is en snel na een grote ramp ingezet kan worden voor deze hoogrisicogroep (Lenferink e.a., 2017).



Figuur 4: Rouwtrajecten gedurende 9 jaar van nabestaanden MH17

In het stepped-care model (de Keijser, Boelen, Smid, 2023) is er de eerste opvang door familie, vrienden, lotgenoten en na gewelddadig verlies bijgestaan door casemanagers van Slachtofferhulp. Indien nodig is een volgende stap de online rouwbehandeling - waarover zo meer - en daarna de psychologische behandeling. Er zijn veel nabestaanden met persisterende rouw die niet in behandeling komen, omdat ze bang zijn niet de juiste behandelaar te kunnen vinden of onvoldoende vertrouwen hebben in hulpverlening (Lenferink e.a., 2020). Hier is nog veel gezondheidswinst te behalen.

De Coronatijd heeft gezorgd voor een boost in online werken. Gevalideerde vragenlijsten over persisterende rouw (Lenferink e.a., 2022; Dijkstra e.a., 2024) helpen nabestaanden de ernst te meten. Bij een score boven de norm wordt aanbevolen een zelfhulpmodule te volgen.



Inmiddels worden zeven effectieve rouwinterventie gratis aangeboden via www.rouwbehandeling.nl, te weten na moord, vermissing, ramp, zelfdoding, verkeersongeluk, rouw zonder afscheid (Coronatie) en rouw en kind.

In 2024 werd www.rouwbehandeling.nl circa 200.000 keer bezocht, de rouwmeters 35.000 keer ingevuld en 1.000 keer een zelfhulpmodule gevolgd.

Aantallen www.rouwbehandeling.nl 2024

- Unieke bezoekers: circa 200.000
- Ingevulde rouwmeter (TGI-SR+): circa 35.000
- Zelfhulpmodule gevolgd: circa 1000

→ ↺ rouwbehandeling.nl

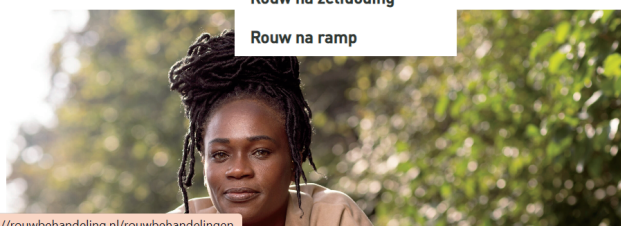
Gmail Agenda MyX-Ruimte reserv... Print portal RUG de Rechtspraak - Cit... UWP RUG

S rouwbehandeling

Rouwbehandelingen Rouwmeters Hulp Ervaringsverhalen Over ons Meer ▼ **Bestel het rouwboek**

- Rouw na verkeersongeval
- Rouw na moord
- Rouw zonder afscheid
- Leven met vermissing
- Rouw en kinderen
- Rouw na zelfdoding
- Rouw na ramp

overlijdt, door een verkeersongeval, ramp of geweld, kan rouwen extra
mee om? Voor iedereen verschilt dit. Bij de meeste mensen nemen
intens verdriet, gemis of boosheid na enige tijd af. Maar dat geldt niet
: nabestaanden nemen rouwklachten niet af, maar worden deze zelfs
strijkt. Mensen die vastlopen in hun rouwproces, kunnen baat hebben
notencontact of specialistische hulp.



Wat is complexe rouw?

Sommige mensen krijgen na het overlijden van een dierbare te
maken met complexe rouw. In dit artikel leggen we je alles uit over
wat complexe rouw precies is, hoe je dit herkent en in welke context
complexe rouw vaker voorkomt.

//rouwbehandeling.nl/rouwbehandelingen

Rouwbehandeling.nl is zo'n voorbeeld van samenwerking tussen wetenschap en praktijk, waarbij wetenschappers leren over rouwgedrag en nabestaanden tegelijkertijd laagdrempelige hulp krijgen. Met de gekoppelde geanonimiseerde databestanden van duizenden nabestaanden kunnen vragen over effectiviteit steeds preciezer beantwoord worden (zie bijvoorbeeld MARBLES, Pociunaite e.a., 2023; Xie, e.a., ingediend)

De laatste stap in de stepped care benadering is lastiger: een bezoek aan de GGZ is ontmoedigend, wachtlijsten zijn lang. Bovendien is niet altijd duidelijk voor nabestaanden in welke wachtrij ze moeten plaatsnemen. Mensen gaan shoppen en komen dan veelal terecht bij een rouwcoach. Dit onbeschermd beroep kent – los van de financiering – problemen rond diagnostiek en indicatiestelling (bijvoorbeeld: rouwt iemand normaal, is hij/zij depressief of heeft een waanstoornis?). Bovendien worden doorgaans geen effectieve behandeltechnieken gebruikt. Mocht de cliënt vervolgens ontevreden zijn, dan kan hij geen klacht indienen. Maar ook bij de BIG-geregistreerde therapeut in de GGZ krijgt de cliënt met persisterende rouw helaas lang niet altijd een effectieve behandeling. Kortom, de afstand tussen praktijk en wetenschap kan bij persisterende rouw veel passender gemaakt worden.

7 De afstand tussen daders en slachtoffers in het strafrecht

Door contacten met de Federatie Nabestaanden Geweldsslachtoffers en de Stichting Vliegcramp MH17 kreeg ik – voor het eerst in mijn leven – te maken met de rechtspraak. Net als een nieuwkomer op de universiteit, vraag je je bij de rechtbank af: wat gebeurt hier?, zodra gewone mensen een toga aantrekken en een andere taal gaan spreken. In de wetenschap is dat letterlijk een andere taal: Engels, vroeger Latijn. Juristen spreken ook een eigen juristentaal (bijvoorbeeld “op uw verzoek tot wraking is besloten om in de wraking te berusten”).



Na een geweldsdelict krijgen daders, slachtoffers en nabestaanden met het strafrecht te maken. Uit de Groningse-moordstudie (van Denderen e.a., 2014, 2017) blijkt dat nabestaanden een zware veroordeling van de dader belangrijk vinden voor hun verwerking. Vaak belangrijker dan een vergoeding uit het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Boosheid en wraakgevoelens kunnen verminderen als er erkenning wordt gekregen. De wetgever spreekt bij slachtofferrechten expliciet over genoegdoening, vergelding en erkenning. Uit onze studies over het spreekrecht (Nijborg e.a., 2024, 2025) blijkt weliswaar dat de nabestaanden die spreekrecht uitvoeren, hier zeer tevreden over zijn, maar dat het hele strafproces ook veel secundaire schade geeft. De verwachtingen van nabestaanden en slachtoffers zijn vaak hoog, maar de erkenning die na lang wachten door de rechtbank gegeven moet worden, is vaak bedroevend beperkt. Dit kan leiden tot secundaire schade: na een groot verlies moet de nabestaanden ook nog eens incasseren dat de straf lager is dan verwacht.

De afstand tussen de rechtspraak enerzijds en nabestaanden en slachtoffers anderzijds is groot. Een beter passende afstand zou zijn om recht te spreken met het hoofd én tegelijk authentiek betrokken te zijn met het hart. Naast onderzoek op dit punt is het bijscholen van rechters en officieren van justitie van belang om beter tegemoet te komen aan de eerder genoemde erkenningsbehoefte. Met collega Maarten Kunst verzorg ik bij verschillende arrondissementsparketten scholing om een bijdrage te leveren de afstand tussen de rechtspraak en de nabestaanden en slachtoffers te verminderen. Gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek (Kunst e.a., 2022; Nijborg e.a., 2025) trachten we een bijdrage te leveren om de bejegening van nabestaanden te verbeteren.

Ook de afstand tussen daders enerzijds en slachtoffers/nabestaanden anderzijds is in Nederland onnodig groot. Na een geweldsincident ontstaat een door beiden niet gewenste band tussen dader en slachtoffer/nabestaande. Uit onderzoek blijkt dat voor verwerking en herstel het voor beide partijen beter is om uit die positie te komen. Veel daders (Ruitenbeek-Bart, 2023) willen zich 'verontschuldigen' richting slachtoffers, maar krijgen daarvoor de kans niet, vanwege de juridische muur tussen dader en slachtoffer. De gezonde dader voelt zich schuldig en schaamt zich, heeft gewetensproblemen, zijn identiteit is aangetast ("Ik ben een slecht mens"; "ik ben mijn familie tot schaamte") en wil weg uit de dader positie. De zieke dader kan in zijn (TBS) behandeling leren verantwoordelijkheid te nemen richting slachtoffers. Voor slachtoffers/nabestaanden kan het belangrijk zijn voor hun verwerking om minder met de dader bezig te zijn.



Slachtofferschap versterkt de afhankelijkheid, ondermijnt veerkracht en draagt bij aan identiteitsverandering (Boutellier, 2024). Zoals ik eerder besprak is vergeving en verminderde boosheid goed voor de verwerking. Op dit gebied gebeurt gelukkig het nodige via mediation en herstelbemiddeling (Elbers e.a., 2020). Opmerkelijk genoeg is het onderzoek naar de relatie tussen daders en slachtoffers/nabestaanden beperkt. Zodra slachtoffers “getroffenen” worden en daders “veroorzakers” komen beiden in psychologisch opzicht in een tijdelijke positie die gericht is op herstel. In een recente publicatie getiteld “Ik ben meer dan wat me overkwam” (SHN, 2024) benadrukt Slachtofferschap Nederland het belang dat het slachtoffer de regie over zijn leven terug neemt. In het verlengde hiervan zie ik voor scientist-practitioners een belangrijke rol een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de dader- en slachtoffer posities.

8 Een blik vooruit

Ik ben deze rede begonnen met dat klinisch psychologen en psychotherapeuten van ver komen en dat op vele gebieden de afstand tussen wetenschap en praktijk te groot is en kleiner moet worden. Met een redelijk optimistische blik kijk ik vooruit naar onze rol.

Ik wil vooruit kijken aan de hand van een viertal stellingen.



Stelling I Digitale hulpmiddelen, effectievere opleiding en betere inzet van zorgprofessionals maken de geestelijke gezondheidszorg uitvoerbaar

De uitgangspunten van het rapport Passende Zorg (Zorginstituut Nederland, 2022) zijn: het begint bij zelfzorg en informele zorg. Bij de hier besproken onderwerpen rouw en suïcidepreventie kunnen mensen en hun directe omgeving zelf veel doen. Als dat niet lukt, vindt passende zorg *digitaal* plaats als het kan en *fysiek* als het moet. Dit vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg houdbaar en duurzaam te maken. Omdat we *meer* zorg moeten gaan leveren, gezien de toenemende vraag *met minder* zorgprofessionals is voor de psychologie uitbreiding van digitale hulp essentieel. Inmiddels bestaat er voldoende evidentie om psychologische hulp blended, beeldbellen of online aan te bieden. Het gebruik van AI bij diagnostiek en indicatiestelling, gekoppeld aan het digitaal behandelen, biedt veel perspectief. Op deze wijze wordt psychologische zorg vrijgespeeld om complexe cliënten intensieve zorg te bieden. Bij de stepped care rouwbehandeling verwacht ik dat de eerder genoemde behandelkloof (van circa 30 %) geheel gedicht kan worden door digitale zorg; te meer daar de toekomstige ouderen over steeds meer digitale vaardigheden beschikken. Bij suïcidepreventie kunnen chatbots zoals Woebot, Wysa of Koko mentale steun bieden aan mensen die zich eenzaam, angstig of depressief voelen. AI-algoritmen kunnen tekenen van suïcidale gedachten herkennen in digitale uitingen van mensen. Dit kan bijdragen aan de toeleiding naar complexe zorg voor suïcidale zorgmijders. Er moeten vervolgens uiteraard voldoende gekwalificeerde zorgprofessionals zijn om deze mensen te behandelen. Dat is een probleem, want jaarlijks vertrekken 20% meer professionals uit de GGZ dan er bij komen; 7% van de vacatures wordt momenteel niet ingevuld. Er zijn verschillende oorzaken, een belangrijke is de toename van het deeltijd werken, een moeilijk te beïnvloeden ontwikkeling. Een andere oorzaak, de marktwerking in de zorg, is beter beïnvloedbaar.

Stelling II: Marktwerving schaadt een verantwoord personeelsbeleid in de zorg

De marktwerving trekt professionals weg uit de complexe zorg. Het is ongepast dat hoog opgeleide collega's die geen crisisdiensten draaien, in rustige vrije praktijken minimaal 1,5 keer meer verdienen dan de collega's in de grote instellingen¹.

Dit kan en moet anders!

Stelling III: Opleiding en bijscholing zijn de belangrijkste instrumenten om de kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten!

Het opleiden van klinisch psychologen en psychotherapeuten zal in de toekomst (nog) beter worden! Er is een Platina -eeuw op komst. De leerlijn "academisch werken en wetenschappelijk onderzoek" versterkt de wetenschappelijke attitude, waardoor evidence-based werken met stapjes vooruit gaat. Door bij- en nascholing worden vroeger opgeleide collega's hierin meegenomen. En door een betere aansluiting van de master met de postmaster opleidingen zal de aangeleerde wetenschappelijke attitude eenvoudiger kunnen worden voortgezet. De beroepsverenigingen (NVP en NIP) én de verantwoordelijke opleiders professionaliseren in hoog tempo en proberen de ongepaste afstand tussen opleiden en praktijk te verkleinen door goed aansluitende leerlijnen te creëren tussen bachelor, master en post-master. Het potentieel van zorgprofessionals kan op deze wijze beter worden benut, door ze *eerder* in hun carrière op te leiden, zodat de zorg langer (soms wel 10 jaar langer!) kan profiteren van een BIG-geregistreerde behandelaar. Deze behandelaar schoolt zich jaarlijks bij door de ontwikkelingen in het vak te volgen en daar op jaarcongressen met vakgenoten over te spreken.

Stelling IV Scientist-practitioners zijn kloofdichters die durven te twifelen

Bij voldoende opleidings volume stromen steeds meer scientist-practitioners in die eraan kunnen bijdragen om de afstand tussen wetenschap en praktijk kleiner te maken. We gebruiken onze expertise om samen met de complexe cliënt en zijn naasten afwegingen te maken over de best passende zorg. En als iedereen denkt een best passende oplossing te hebben, gaan we twifelen, niet aan onszelf, wel aan de voorgestelde oplossing. Professionele twijfel genereert nieuwe hypothesen, gesteund door een collegiaal consult of een vraag aan een chatbot. Immers: “Twijfel is het begin van wijsheid” (Aristoteles).

Met “A Hard rain that’s gonna fall” van Bob Dylan (1963) zou ik de huidige aanval op de wetenschap van rechtse politici willen typeren. Scientist-practitioners hebben de wind op korte termijn niet mee, maar ik ben ervan overtuigd dat de motor van de wetenschappelijke ontwikkelingen bij blijft dragen aan betere psychologische zorg. Zolang deze wetenschap consequent toegepast wordt en scientist-practitioners de wetenschap blijven voeden, gaat de zon zeker weer schijnen.

¹ Knab Uurtarievenonderzoek 2025

Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar Stimuleringsfonds Rouw die mijn bijzondere leerstoel mede mogelijk heeft gemaakt. Klaas Dirk Bruintjes, Ellen Muller, Riet Fiddelaers-Jaspers en de andere bestuursleden steunden mij niet alleen met daad, maar ook met raad. Vandaag gaat Stimuleringsfonds Rouw op in Fonds Slachtofferhulp (FSH). Stimuleringsfonds rouw heeft een belangrijke bijdrage geleverd om wetenschappelijke én maatschappelijke initiatieven in Nederland te ontwikkelen. In de bijlage treft u een overzicht van hun activiteiten. Persoonlijk ben ik erg verheugd dat de gerichte steun voor rouwinitiatieven blijft bestaan en vertrouw dat Ineke Sybesma en Carlo Contino van FSH dit voortzetten. FSH is de 'hoofdsponsor' van onze rouwstudies en het goede nieuws is dat ze weer voor een paar jaar bijgetekend hebben met een nieuwe bijzondere leerstoel. Ineke en Carlo veel dank voor de fijne samenwerking.

Binnen de faculteit GMW van de RUG heb ik me altijd welkom gevoeld, eerst bij prof.dr. Henk Kiers, later bij prof. dr. Peter de Jong en recent bij prof. dr. Maaïke Nauta. Samen met de collega's van opleidingsinstituut PPO heb ik 16 jaar een warm thuis gevoeld in Groningen. Het is dan wel geen Friesland, maar het komt er dicht bij in de buurt. Met pijn in mijn hart zal ik PPO verlaten. Op de eerste dag waren Susanne van Aalderen en Janet Vos er om mij in te werken en vandaag zijn ze er om alles te regelen voor mijn afscheid. Dank. Met de collega Groningse hoofdopleiders vormen we een hecht team, Barbara en Theo zijn net weg, nu ik vertrek krijgen de jonge dames: Hermien, Gerbrig en Lindy de ruimte de opleidingen te leiden. Mijn wekelijkse overleggen met Sinja, Nica, Marlies en Irene zal ik gaan missen en last but not least de scientist practitioners -in-spe: de opleidingen die mijn optimisme over verbetering van het vak voeden.

Met de landelijk collega-hoofdopleiders en coördinatoren heb ik in al die jaren fijn samengewerkt, ondanks de fysieke afstand was onze inzet en visie bindend. Ik ben blij dat jullie mijn opvolgsters, Hermien Elgersma en Brechje Dandachi-Fitzgerald, al een warm welkom hebben geboden.

Dertig jaar geleden trof ik Paul Boelen in Utrecht, een angry-young-man die ageerde tegen de bestaande rouw theorieën en - behandelingen. Paul, je hebt die energie weten te gebruiken om degelijk onderzoek te doen en bent daardoor een internationaal erkend expert en scientist-practitioner op het gebied van rouw. De samenwerking met jou was inspirerend en nooit saai. Met Lonneke Lenferink, Geert Smid en Maarten Eisma hebben we in Nederland sowieso een groep toprouwonderzoekers bij elkaar.

Dank ook aan de sprekers op het symposium. Derek, Anton en Bram, jullie zijn echte kloof dichters. Datzelfde geldt voor de collega's van de rouwpoli van GGZ Friesland die rouw evidence-based blijven behandelen.

Gelukkig hoef ik geen afscheid te nemen van mijn vrienden van WKK (Stichting Wetenschapsbevorderkinmg Klinisch psychologen en Klinisch Neuropsychologen), met wie we het K(N)P-jaarcongres organiseren. Jullie behoeden mij hopelijk een beetje voor het zwarte gat. Ik dank Lidwien voor haar kritische reflecties op mijn afscheidsrede en Loes Faber voor de illustraties. Ik hoop dat de ruimte door mijn pensionering enigszins gevuld wordt door mijn familie en vrienden.

Ja, als werkverslaafde moet je wat. Als ik 's avonds aarzelend aanbel met de vraag of jullie nog 'werkjes' voor mij hebben, hoop ik dat jullie mij kordaat afwijzen: ik moet erdoor heen, zeggen de deskundigen. Ik weet dat Cora, mijn kinderen (Nick & Addie; Max & Alysia; Jesse & Eefke) en kleinkinderen mij zullen steunen, want al ben ik een twijfelaar: ik doe dat nooit aan jullie!

Ik heb gezegd.

van Bentum, J.S. (2024). *Suicide Prevention: Investigating Novel Ways To Improve Suicide Prevention Strategies*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Boutellier, J.C.J. (2023). Strijden om erkenning: *Een actuele sociologie van slachtofferschap*. In: Slachtoffers. J. van Doorn e.a. (red). Deventer: Wolters Kluwer.

Buiter, M., Boelen, P.A., Kunst, M., Gerlsma, C., de Keijser, J. & Lenferink, L. (2022). The Role of State Anger in the Associations between Intentions to Participate in the Criminal Trial and Psychopathology in Traumatically Bereaved People. *International Journal of Law and Psychiatry*, 85,101840, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101840>

van Denderen, M.Y., de Keijser, J., Huisman, M., & Boelen, P.A. (2016). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 207-27. doi: 10.1177/0886260514555368

van Denderen, M.Y., de Keijser, J., Gerlsma, C., Huisman, M., & Boelen, P. A.(2014). Revenge and psychological adjustment after homicidal loss. *Aggressive Behavior*, 40(6), 504-511. doi:10.1002/ab.21543

van Dijk, I., Boelen, P. A., Keijser, J. de., & Lenferink, L. I. M. (2023). Assessing DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder in children and adolescents: development of the Traumatic Grief Inventory – Kids – Clinician-Administered. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2197697>

Elbers, N. & Becx, I. (2020). *Secundaire victimisatie als probleem. Herstelrecht als oplossing?* Intern rapport. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Esposito, G., Cuomo, F., Di Maro, A., & Passeggia, R. (2024). The assessment of therapist responsiveness in psychotherapy research: a systematic review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.751>

Gligorić, V., van Kleef, G.A. & Rutjens, B.T. (2024). How social evaluations shape trust in 45 types of scientists. *PLOS ONE*, Doi:10.1371/journal.pone.0299621

Greeven, A. & van Sambeek, N. (2018). Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? Resultaten van een enquête. *Gedragstherapie*, 51, 112-121.

de Keijser, J., Boelen, P. & Smid, G. (2023). *Handboek traumatische rouw*. Amsterdam: Boom

Kessels, R., Hutschemaekers, G. & Beckers, D. (2010). *Psychologie en praktijk*. Amsterdam: Lemna Boom.

Knab (2025). Uurtarievenonderzoek. www.knab.nl

Kunst, M. J. J., Pemberton, A., & Schot, J. (2022). Victim participatory rights in Dutch criminal proceedings: A review of research on their potential effectiveness. In: P. Cox & S. Walklate (Eds.), *Victims' access to justice: Historical and comparative perspectives* (1st ed., pp. 174–190). Routledge/Taylor & Francis Group.

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, 152281.

Lenferink, L. I.M., Nickerson, A., Kashyap, S., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2024). Associations of dimensions of anger with distress following traumatic bereavement. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 16(2), 176.
<https://doi.org/10.1037/tra0001275>

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 48-60.doi: 10.1002/cpp.1977

Nijborg, L.C.J., Westerhof, G.J., Pociūnaitė-Ott, J.; Kunst, M.J.J., de Keijser, J. & Lenferink L.I.M (in druk). Trajectories of grief-related psychopathology: A decade after the MH17 plane disaster. *Journal of Anxiety Disorder*.

Nijborg, L.C.J., Kunst, M.J.J., Westerhof, G.J., de Keijser, J. & Lenferink, L.I.M. (2025). Reciprocal relations between prolonged grief and anger in homicidally bereaved people involved in a criminal trial: A four-wave cross-lagged panel model. *Psychological Medicine*

Oberjé, E., Tanke, M., van Dijk, W., & Jeurissen, P.P.T. (2016). De relatie tussen behandelduur en behandelsucces in de geestelijke gezondheidszorg. Intern rapport, Celcius, Nijmegen. DOI: 10.13140/RG.2.2.20492.31366

Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829–841.
<https://doi.org/10.1037/0022-006>

Pociunaite, J., van Dijk, I., Reitsma, L., Nordström, E. E. L., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2023). Latent trajectories of DSM-5-TR-based Prolonged Grief Disorder: findings from a data pooling project MARBLES. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2281183.

Ruitenbeek-Bart, F. (2023). *En de veroorzaker dan?: een empirisch-juridisch onderzoek naar de plaats van de veroorzaker in de civiele letselschadepraktijk*. Den Haag: Boom.

de Saeger, H. (2024). Therapeutisch psychologisch onderzoek. In: Berghuis, J.G., Ingehoven, T. & Van der Heijden (red). *Praktijkboek persoonlijkheidsdiagnostiek* (P. 127-144). BSL: Houten

Slachtoffer Hulp Nederland (2024). *Ik ben meer dan wat me overkwam*. SHN, Utrecht.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2024). *Nederland in een fragmenterende wereldorde*. Den Haag: WRR.

Xie, C., Hageraars, M., Vink, G., Cesur-Soysal, G., de Keijser, J., Lenferink, L.I.M., Eisma, M.C. & Boelen P.A. (ingediend). An explainable machine learning approach to predict and interpret prolonged grief severity.

Zorginstituut Nederland (2022). *Kader Passende zorg*. Den Haag: ZIN

Richtlijn Suïcidaliteit (2025). https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit/

Stichting Stimuleringsfonds Rouw heeft de bijzondere leerstoel van Jos de Keijser ingesteld en beëindigd haar activiteiten per 1-7-2025.

Projecten Stichting Stimuleringsfonds Rouw

De Stichting Stimuleringsfonds Rouw is in 2010 opgericht en kwam voort uit de Landelijke Stichting Rouwbegeleiding. Het vermogen van deze laatste stichting vormde de basis van de Stichting Stimuleringsfonds Rouw die projecten op het gebied van rouw met een zo groot mogelijk bereik steunt. De gebruikte media of uitwerkingen variëren: van ondersteuning van een organisatie, tot app's, podcasts, films, documentaires, toneelvoorstellingen, tentoonstellingen, bijeenkomsten zoals in het laatste jaar het Rouwcafe Meetup.

De onderwerpen van de aanvragen zijn een afspiegeling van hetgeen in de maatschappij aan de orde is, zoals rouw om ongeboren kind, suïcide, euthanasie, dementie. Het doel van alle projecten is het aan de orde stellen van dood en rouw, en het bespreekbaar maken. De Stichting heeft geprobeerd een consistent beleid te voeren daar waar het gaat om het toekennen van gelden.

- Benoeming bijzonder hoogleraar vanaf 2011
- Bijdrage aan diverse promotieonderzoeken naar rouw.
- Onderzoek: Beloop van psychische gevolgen van de MH17-ramp
- Onderzoek naar rouwreacties van nabestaanden na levensbeëindiging op verzoek en suïcide wegens psychische stoornissen (Centrum 45/Arq).
- Onderzoek bij cliënten van de GGZ Drenthe met angst- en stemmingsstoornissen over het omgaan met rouw en verlies vanuit hun culturele achtergrond
- Onderzoek 'Verlies en rouw bij jongeren met een vluchteling- of migratieachtergrond in Nederland en wat jeugdhulpverleners nodig hebben om deze doelgroep bij te staan.
- Ontwikkeling screeningsinstrumenten voor gecompliceerde rouw bij kinderen en jeugdigen
- Schrijven van een handleiding voor hulpverleners om na zelfdoding in gesprek te gaan met achtergebleven gezinsleden
- Ontwikkelen van een methode om mensen met verstandelijke beperking te helpen bij rouwverwerking (Bartimeus)
- Diverse herdenkingsprojecten voor nabestaanden, waaronder een landelijke dag voor nabestaanden van zelfdoding (NS), Allerzielen, MH 17
- Boek: Rouwen om het verlies van je baby.
- Boek: Een pleister tegen tranen, boek voor kinderen.
- Boek: Talk about it. Vertaling van het Deense boek dat zich richt op rouw bij kinderen met ouders met psychiatrische problemen (KOPP kinderen)
- Doorleefboek: boek voor kinderen die een ouder zijn verloren en voor degene die het kind bijstaat
- Handboek crematierituelen, Tilburg University
- Klokhuispecial. Dood en Verlies. 5 afleveringen op tv, en een website
- Website: steffie.nl, voor mensen met een licht verstandelijke beperking, met informatie over dood en rouw (Steffie Doodgewoon)
- Jeugddocumentaire serie: Zo dood als een Pier, voor bovenbouwleerlingen. Op school worden ze geconfronteerd met de naderende dood van juf Thirza. Uitgezonden bij ZAPP.
- Radiodocumentaire: 'Toen ik vijf was' en website over jong verlies en de gevolgen daarvan in een gezin (2016, VPRO)
- Film: 'Wolkenzusje', een film over rouw, identiteit en de impact van een verlies op jonge leeftijd. (HUMAN, Filmeducatie.nl)
- Documentaire: Deep Fake Therapy, over het gebruik van deep fake technologie bij rouwverwerking. Nederlandse Filmacademie, KRO-NCRV. IDFA 2021 Karen de Bok Talentprijs; Believe Psychology Film Festival , Pasadena 2020,

- Animatiefilm: Luki & The Lights wil jonge kinderen uitleggen wat ALS inhoudt. Film, global platform met animatie en educatiepakket.
- Podcast 'In Afwachting', over het verlangen naar een kind, ongewilde kinderloosheid
- Podcastserie, Dag voor Dag, gewone gesprekken over rouw en de dood aan de keukentafel.
- Jeugdtheatervoorstelling: 'Oma is een avatar', waarin drie kinderen in de digitale en analoge wereld nieuwe rituelen rondom afscheid nemen ontdekken.
- Voorstelling: ROUWKOST, voor en door jongeren over verlies, dood en rouw, die niet vaak met theater in aanraking komen.
- Film: De Witte Flits, over ouders die hun zoon bijstaan in de laatste weken van zijn leven. Een leven van 20 jaar zware psychische problemen, en de toestemming voor euthanasie. IDFA 2024.
- Korte film: HANNAH, over dementie op jonge leeftijd, en de impact die deze ziekte heeft op de directe omgeving en mantelzorgers.
- 'Korte film: Voltooid' over rouw, euthanasie en ondraaglijk lijden. Een puber tracht in het reine te komen met de doodswens van haar moeder. Best International Short in The Conception Independent Film Awards, idem in Social Shorts Festival, Antwerpen 2024.

Afscheidsrede

Prof. dr. Jos de Keijser is klinisch psycholoog en psychotherapeut en als hoofdopleider en bijzonder hoogleraar werkzaam geweest bij opleidingsinstituut PPO, onderdeel van de Rijksuniversiteit Groningen. In zijn afscheidsrede bespreekt hij de afstand tussen wetenschap en praktijk en wat goed opgeleide scientist-practitioners kunnen doen om deze afstand te verkleinen. Hij beschrijft in deze rede wat scientist-practitioners kunnen doen op het gebied van psychotherapie, suïcidepreventie, rouw en in de relatie tussen daders, slachtoffers en het strafrecht. In deze deelgebieden heeft hij klinisch gewerkt en onderzoek gedaan.

Hij pleit voor meer innovatieve toepassingen in de zorg (met name digitalisering), minder marktwerking - om goed opgeleide zorgprofessionals te behouden voor de complexe zorg - en meer vertrouwen in de wetenschap. Opleiden is het belangrijkste manier om de kloof tussen praktijk en wetenschap te verkleinen.