

# Naar een beter begrip van traumatische rouw: de samenhang tussen gecompliceerde rouw, posttraumatische stress en depressie<sup>1</sup>

M. Djelantik

- Achtergrond** Onderzoek naar psychische klachten bij nabestaanden richt zich meestal op een van de volgende drie psychische stoornissen: de persisterende complexe rouwstoornis, de posttraumatische stressstoornis of depressie.
- Doel** De samenhang en relaties tussen de symptomen van deze drie psychische stoornissen onderzoeken.
- Methode** Wij voerden zeven studies uit vanuit diverse perspectieven: vanuit een person-centered, een dimensioneel en een netwerkperspectief op psychiatrische stoornissen.
- Resultaten** Van de nabestaanden die iemand verliezen door een traumatisch verlies ontstaat mogelijk bij circa 49% een persisterende complexe rouwstoornis. Van de patiënten die zich aanmelden bij een psychotraumakliniek en die een overlijden hebben meegemaakt, ervaart 65% persisterende complexe rouwklachten naast posttraumatische stressklachten. Symptomen zoals 'sociaal isolement' en 'een verminderd zelfgevoel' houden mogelijk deze comorbiditeit in stand. Behandeling gericht op rouw, naast posttraumatische stress, geeft symptoomreductie, zelfs in een vluchtelingenpopulatie met meerdere postmigratiestressoren. Als laatste vonden we verrassend lage prevalentiecijfers onder Balinese nabestaanden van verkeersdoden, vergeleken met andere landen. Dit suggereert dat psychische stoornissen mede worden gevormd door de culturele context.
- Conclusie** Om vraagstukken rond comorbiditeit beter te begrijpen kan het nuttig zijn om perspectieven op psychiatrische stoornissen te combineren. Het is belangrijk dat professionals die werken met mensen die trauma en verlieservaringen hebben meegemaakt, zich bewust zijn van het mogelijke bestaan van de persisterende complexe rouwstoornis.

In de rouwperiode kan een nabestaande een breed scala aan emoties ervaren. In de meeste gevallen vermindert de heftigheid van deze emoties gaandeweg en vindt de persoon een nieuw evenwicht in zijn of haar leven (Bonanno 2004). Een kleine groep nabestaanden blijft echter last houden van psychische klachten, vaak in de vorm van een gecompliceerde rouwstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een depressie. De gecompliceerde rouwstoornis is, onder de naam van *prolonged grief disorder* (PGD), opgenomen in de elfde editie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11) en de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, Text Revision* (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association 2013; World Health Organization 2018; Prigerson e.a. 2021). In grote lijnen kunnen de verschillen tussen PGD, PTSS en depressie op de volgende manier beschreven worden.

Bij nabestaanden met PGD staan een hevig verlangen naar de overledene en het moeilijk accepteren van de dood op de voorgrond. Bij PTSS staan de angstklachten omtrent het overlijden centraal, en bij depressie dysforie en passiviteit. In het verleden richtten onderzoeken en behandelingen zich meestal op maar een stoornis tegelijk. Het doel van het proefschrift waar dit artikel op gebaseerd is, was om beter inzicht te krijgen in de samenhang en relaties tussen PGD, PTSS en depressie. Hiervoor hebben we studies uitgevoerd uitgaand van verschillende perspectieven op psychiatrische problematiek. Allereerst hebben we een studie uitgevoerd vanuit het *categorisch* perspectief, waarbij we keken of er wel of geen psychische stoornis aanwezig was, volgens het huidige DSM-systeem. Als tweede hebben we een *person-centered* perspectief gebruikt, waarbij we keken

## AUTEUR

**Manik Djelantik**, psychiater en onderzoeker, UMC Utrecht, afd. Ontwikkelingsstoornissen, GGZ Altrecht, afd. Jeugd, KOOS.

### Correspondentieadres

Manik Djelantik.  
E-mail: a.a.a.djelantik@umcutrecht.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-12-2020.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(6):462-468

welke verschillende symptomen er binnen één persoon aanwezig zijn. Ten derde hebben we gebruikgemaakt van een *dimensioneel* perspectief waarbij de ernst van de symptomen centraal staat ongeacht of iemand aan de precieze classificatie van de stoornis voldoet. Het laatste perspectief dat we gebruikt hebben was het *netwerkperspectief*, waarbij we op groepsniveau onderzochten hoe symptomen zich tot elkaar verhouden en hoe ze elkaar beïnvloeden.

Met deze perspectieven konden we vragen beantwoorden over het voorkomen, de risicofactoren en de ontwikkeling van, en de onderlinge verbanden tussen PGD, PTSS en depressie. We hebben onderzoek verricht bij nabestaanden uit de algehele Nederlandse bevolking, personen die naar een psychotraumacentrum zijn verwezen, vluchtelingen en nabestaanden van verkeersslachtoffers op het Indonesische eiland Bali. Tot slot beschrijven we een samenvattend, hypothetisch model en bespreken een aantal klinische implicaties.

## RESULTATEN

### Het categorisch perspectief

Een traumatisch verlies kan gedefinieerd worden als een verlies van een naaste door een onnatuurlijke oorzaak, zoals ongevallen, rampen, suïcides of moorden. We weten dat bij 10% van de nabestaanden een gecompliceerde rouwstoornis (zoals PGD) ontstaat na een verlies door een natuurlijke oorzaak (zoals ziekte en/of ouderdom) en dat ongeveer 5% van de nabestaanden PTSS krijgt na een onverwacht verlies (een verlies na een onnatuurlijke oorzaak of een plotseling verlies, bijvoorbeeld door een hartaanval) (Atwoli e.a. 2017; Lundorff e.a. 2017).

Onze eerste studie was een literatuurstudie om de prevalentie van PGD na een traumatisch verlies te schatten. Daarnaast wilden we onderzoeken of omstandigheden rond het verlies invloed zouden kunnen hebben op de prevalentie. Wij voerden literatuuronderzoek uit met de zoekmachines PsycINFO, Ovid Medline, PILOTS, Embase, Web of Science en CINAHL.

Er waren 25 geschikte studies die we konden gebruiken voor de meta-analyse en metaregressie. De gepoolde prevalentie (*random-effectsmodel*) was 49%; 95%-BI: 33,6-65,4). Een gewelddadige dood (moord of suicide), de dood van een enig kind en het zijn van een nabestaande in een niet-westers land waren geassocieerd met hogere prevalentie. We vonden een lagere prevalentie wanneer het verlies langer was geleden en wanneer het werd veroorzaakt door een natuurramp.

Een belangrijke beperking was dat in de meeste studies gebruikgemaakt werd van selectieve groepen in plaats van representatieve steekproeven (bijvoorbeeld een interviewstudie onder nabestaanden na de aanslag van 9/11), al was er volgens de analyses geen aanwijzing voor publicatiebias. Deze meta-analyse toont aan dat bijna de helft van de nabestaanden na een traumatisch verlies aan de criteria van PGD voldoet en illustreert daarmee het belang van het beoordelen van PGD bij mensen die een traumatisch verlies hebben meegemaakt (Djelantik e.a. 2020b).

### Het person-centered perspectief

Nabestaanden met psychische klachten kampen naast gecompliceerde rouw, regelmatig ook met posttraumatische stress en depressie. We onderzochten daarom of een traumatisch verlies een voorspeller is voor een specifieke combinatie van symptomen van gecompliceerde rouw, posttraumatische stress en depressie. Via oproepen bij therapeuten, rouw- en verliescoaches en geestelijken vulden 496 nabestaanden die in de afgelopen 3 jaar een naaste hadden verloren vragenlijsten in. Vervolgens werden met een latenteklassenanalyse subgroepen gezocht van nabestaanden die op elkaar leken wat de combinatie van symptomen betreft. Daarna onderzochten we of bepaalde sociodemografische kenmerken en verlieskenmerken, waaronder een traumatisch verlies, meer voorkwamen in een specifieke subgroep van nabestaanden.

We vonden drie subgroepen: een subgroep met weinig symptomen (25%), een subgroep met vooral symptomen van gecompliceerde rouw (48%) en een subgroep met

een combinatie van gecompliceerde rouw en posttraumatische stresssymptomen (27%). Een traumatisch verlies, een verlies van een kind, een verlies van een partner en een lager opleidingsniveau waren significante voorspellers voor het deel uitmaken van de subgroep met een combinatie van gecompliceerde rouw en posttraumatische stress. Hoewel in elke subgroep wel depressieve symptomen werden gerapporteerd, was er geen subgroep van nabestaanden die uitsluitend depressieve symptomen vertoonde. Bij een nabestaande met depressieve klachten kan het dus raadzaam zijn om ook PGD- en PTSS-symptomen uit te vragen (Djelantik e.a. 2017b).

### Het dimensionele perspectief

Er is nog weinig bekend over de ontwikkeling van de ernst van traumatische rouwsymptomen over de tijd. Meer kennis over het beloop is nuttig om vroegtijdig individuen te kunnen herkennen die psychiatrische stoornissen zouden kunnen krijgen. Mogelijk zijn er specifieke symptomen die wijzen op een problematisch beloop van rouwsymptomen.

Het doel van het derde onderzoek was: 1. om subgroepen nabestaanden met vergelijkbare trajecten van gecompliceerde rouwsymptomen te herkennen en 2. om een voorlopige screeningtool te ontwerpen met symptomen die een problematisch beloop voorspellen. Via oproepen bij therapeuten, rouw en verlies coaches en geestelijken vulden 166 Nederlandse nabestaanden in het eerste jaar (T1; gemiddeld rond de 6 maanden) en tweede jaar (T2; gemiddeld rond de 18 maanden) na het verlies een vragenlijst in over rouwsymptomen. Met een latenteklassenanalyse konden we vier subgroepen nabestaanden identificeren. Er was een subgroep met persisterende hevige gecompliceerde rouwsymp-

tomen (klasse 1; 6%), een subgroep met persisterende matige PGD-symptomen (klasse 2; 35%), een subgroep met licht dalende matige PGD-symptomen (klasse 3, 33%), en een subgroep met aanhoudende lichte PGD-symptomen (klasse 4; 26%).

Vervolgens onderzochten we met *receiver operating characteristics*(ROC)-analyses welke symptomen op T1 het beste voorspelden of iemand deel zou gaan uitmaken van een subgroep met een problematisch beloop. Individen met een hogere score op de symptomen 'een hevig verlangen naar de overledene', 'verbijsterd zijn over het overlijden', 'het leven is zinloos zonder de naaste' en 'een gevoel van boosheid over de dood van de naaste' op T1 zaten vaker in een subgroep met een problematisch verloop van gecompliceerde rouwsymptomen (klassen 1 en 2). We ontwikkelden daarom een screeningtool (tabel 1) (Djelantik e.a. 2017a).

Vervolgens onderzochten we hoe gecompliceerde rouw en posttraumatische stresssymptomen elkaar beïnvloedden over de tijd. Hiervoor konden we gegevens gebruiken van 204 Nederlandse nabestaanden die rond de 6 (T1) en 18 maanden (T2) na het verlies van een naaste vragenlijsten over gecompliceerde rouw en posttraumatische stress hadden ingevuld via een internetadvertentie op een website met informatie over rouwverwerking. We voerden een *cross-lagged* analyse uit, waarbij alle relaties (de cross-lagged en de autoregressieve relaties) tussen gecompliceerde rouw en posttraumatische stress tegelijkertijd werden berekend.

In deze studie vonden we dat het PGD-symptoomniveau op T1, het PTSS-symptoomniveau op T2 na verlies voorspelde. Bovendien voorspelden PGD-symptoom niveaus op T1 PGD-symptoom niveaus op T2, onafhankelijk van de PTSS-symptoomniveaus. Deze bevindingen wijzen in de richting dat het behandelen van PGD-symptomen

**Tabel 1. Screeningtool met vroege indicatoren voor gecompliceerde rouw, te gebruiken vanaf 1 maand na het overlijden van de naaste\***

Rouwreacties na het verlies van een dierbare in het eerste jaar na het overlijden	Hoe vaak ervaar u deze rouwreacties in de afgelopen week? (1 = nooit, 2 = bijna nooit, 3 = soms, 4 = vaak, 5 = altijd)
Ik voel een zeer sterk verlangen naar hem/haar	1-2-3-4-5
Ik voel me verbijsterd over zijn/haar dood	1-2-3-4-5
Ik vind het leven leeg en betekenisloos zonder hem/haar	1-2-3-4-5
Ik voel me bitter gestemd over zijn/haar dood	1-2-3-4-5
<b>Totaalscore</b> (Tel de omcirkelde getallen op)	

Adviezen voor hulp:

*Score lager dan 13.* De kans is klein dat iemand met zo'n score over een jaar psychische klachten ervaart bij het verwerken van het verlies. Als iemand na een jaar toch psychische klachten ervaart, wordt hij/zij geadviseerd contact op te nemen met een huisarts of andere hulpverlener. *Score 13 of hoger.* Er is een reële kans dat iemand met zo'n score later (tussen 1 en 2 jaar na het verlies) psychische klachten ervaart bij het verwerken van het verlies.

- Een eerste advies is om iemand in het eerste jaar na een verlies ondersteuning te bieden (met gesprekken en/of informatie).
- Een tweede advies is om iemand later (tussen 1 en 2 jaar na het verlies) contact te laten opnemen met een huisarts of andere hulpverlener, indien er psychische klachten zijn, om in te schatten of dan meer intensieve hulp en ondersteuning nodig zijn. Altijd dient de huisarts geraadpleegd te worden wanneer psychische klachten toenemen.

\*Deze screeningtool is mede tot stand gekomen met financiële ondersteuning van Stichting Stimuleringsfonds Rouw.

mogelijk PTSS-symptomen kan voorkómen. Daarnaast draagt deze studie bij aan het bewijs dat PGD een afzonderlijke psychische stoornis is naast PTSS (Djelantik e.a. 2018).

### Het netwerkperspectief

Het verlies van een naaste is waarschijnlijk een veelvoorkomende stressor bij patiënten in een gespecialiseerde psychotraumakliniek. In nog geen enkele studie had men echter de aanwezigheid van en de relaties tussen symptomen van PGD, PTSS en depressie in een klinische populatie onderzocht.

Daarom hebben we samen met onderzoekers van Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School in Boston (VS) onderzoek gedaan bij patiënten die waren doorverwezen naar ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (ARQ). In totaal werden 1572 patiënten aangemeld bij ARQ (19 maart 2015-17 juli 2017); 642 (41%) patiënten rapporteerden een verlies van een naaste. Van deze patiënten vulden 458 (71%) vragenlijsten in binnen de eerste 3 maanden nadat ze waren aangemeld. We gebruikten latenteklassenanalyses om subgroepen van patiënten te identificeren die dezelfde combinatie van PGD-, PTSS- en depressiesymptomen hadden. Vervolgens gebruikten we een netwerkanalyse om de relaties tussen deze symptomen en kenmerken van het verlies te onderzoeken.

De meeste patiënten behoorden tot een subgroep die verhoogde PGD-symptomen hadden (65%). PGD-, PTSS- en depressiesymptomen hingen samen als sterk overlappende, maar goed te onderscheiden symptoomnetwerken. Symptomen gerelateerd aan 'sociaal isolement' en 'verminderd zelfgevoel' overbrugden deze symptoomnetwerken. Traumatisch verlies was geassocieerd met 'moeite om het verlies te aanvaarden'. Het verlies van naaste familieleden was het sterkst geassocieerd met 'moeite om verder te gaan met het leven'.

Deze studie laat zien dat PGD-symptomen vaak voorkomen bij aan trauma blootgestelde nabestaanden en dat deze symptomen nauw verbonden zijn met symptomen van PTSS en depressie. Dit illustreert het belang van het uitvragen van een mogelijk verlies van een naaste en PGD-symptomen bij degenen die aangemeld worden voor een op trauma gerichte behandeling (Djelantik e.a. 2019).

### Behandeling van traumatische rouw bij vluchtelingen

Vluchtelingen hebben vaak niet alleen meerdere traumatische en verlieservaringen meegemaakt, maar worden ook na migratie geconfronteerd met stressoren die een negatieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid en op de effectiviteit van psychologische behandelingen. Wij onderzochten of een behandeling gericht op traumatische rouw bij vluchtelingen toch zinvol kan zijn. In een naturalistische studie bestudeerden we 81 dossiers van opeenvolgende patiënten die de *brief eclectic psychotherapy for traumatic grief* (BEP-TG)

volgden. T-tests werden gebruikt om de significantie van de symptoomreducties in PTSS- en PGD-symptomen te onderzoeken. De aanwezigheid van postmigratiestressoren bepaalden we door een thematische kwalitatieve analyse van de patiëntendossiers. Daarnaast berekenden we de associaties tussen postmigratiestressoren, symptoomreducties en vroegtijdig stoppen van de behandeling.

Hoewel bijna alle vluchtelingen meerdere postmigratiestressoren ervoeren, vonden we toch significante symptoomreducties na de op traumatische rouw gerichte behandeling. Vluchtelingen zonder verblijfsvergunning maakten vaker de behandeling niet af, maar als zij de behandeling afmaakten, verminderden hun psychische klachten evenveel als bij vluchtelingen met een verblijfsvergunning. Aanhoudende conflicten in het land van herkomst en het totale aantal stressoren na migratie waren geassocieerd met kleinere symptoomreducties. Taalproblemen, geen werk hebben, geen huis hebben en/of separatie van familieleden beïnvloedden de mate van uitval of vermindering van symptomen weinig.

Een beperking van deze studie is het ontbreken van een controlegroep. Toch laat de studie zien dat kennis over de effecten van postmigratiestressoren op behandeling, artsen en psychologen kan helpen om gerichte psycho-educatie te geven en realistische behandelingsverwachtingen te formuleren bij de behandeling van traumatische rouw in vluchtelingenpopulaties (Djelantik e.a. 2020a).

### Traumatische rouw op Bali

Het verwerken van trauma en verlieservaringen gebeurt niet in een vacuüm en kan beïnvloed worden door de culturele en maatschappelijke context. Het eiland Bali staat bekend om zijn speciale rituelen en zienswijzen rond tegenspoed, verlies en rouw. In vele kwalitatieve studies heeft men de unieke wijze van omgaan met tegenspoed van Balinezen beschreven. Er is echter heel weinig kwantitatief onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van psychische klachten na tegenspoed, verlies en rouw.

Wij voerden daarom een onderzoek uit in samenwerking met onderzoekers van de Udayana Universiteit op Bali in Indonesië. Het doel van deze studie was ten eerste om de prevalentie van PGD, PTSS en depressie te bepalen in een groep nabestaanden van verkeersdoden. Ten tweede onderzochten we de aanwezigheid van culturele kenmerken, zoals religie, uitvoering van de rituelen volgens de religie, doel van de rituelen en noties van posttraumatische groei (PTG). Ten derde waren wij benieuwd welke relaties er zouden bestaan tussen psychiatrische symptomen en sociodemografische en culturele kenmerken en/of PTG.

Om deze vragen te beantwoorden organiseerden we vertalingen en focusgroepen om de (in het westen ontworpen) vragenlijsten geschikt te maken voor de Balinese context. Daarna werden 301 familieleden van 108 ver-

schillende verkeersdoden thuis bezocht en geïnterviewd door getrainde onderzoeksassistenten. Het doel van de rituelen werd bepaald met een thematische kwalitatieve analyse van de antwoorden van de deelnemers. We voerden een latenteklassenanalyse uit en vervolgens berekenden we de oddsratio's tussen de subgroepen en de verschillende kenmerken met een multivariate (3-step-) analyse.

Deze studie liet zien dat de prevalentie van PGD (0%), PTSS (1%) en matige depressie (2%) erg laag waren. Ter vergelijking: de prevalentie van PTSS na verkeersincidenten in studies van andere lage- en middeninkomenslanden (Iran en Ethiopië) blijkt ongeveer 20-30% te zijn. Bijna alle deelnemers volgden de rouwrituelen volgens de Balinese cultuur. Het doel van deze rituelen was voornamelijk 'zorgen voor de overledene'. Interessant was verder dat de symptomen 'afstand voelen tot andere mensen', 'zelfverwijt' en 'suïcidale ideeën' helemaal niet werden gerapporteerd.

We vonden drie subgroepen van nabestaanden: een groep met weinig symptomen en twee kleinere groepen, één gekenmerkt met PGD-symptomen en een andere met PTSS-symptomen. Verlies van een kind of partner was geassocieerd met het behoren tot de PTSS-groep. Onze bevindingen zouden kunnen suggereren dat bepaalde aspecten van de Balinese cultuur, bijvoorbeeld

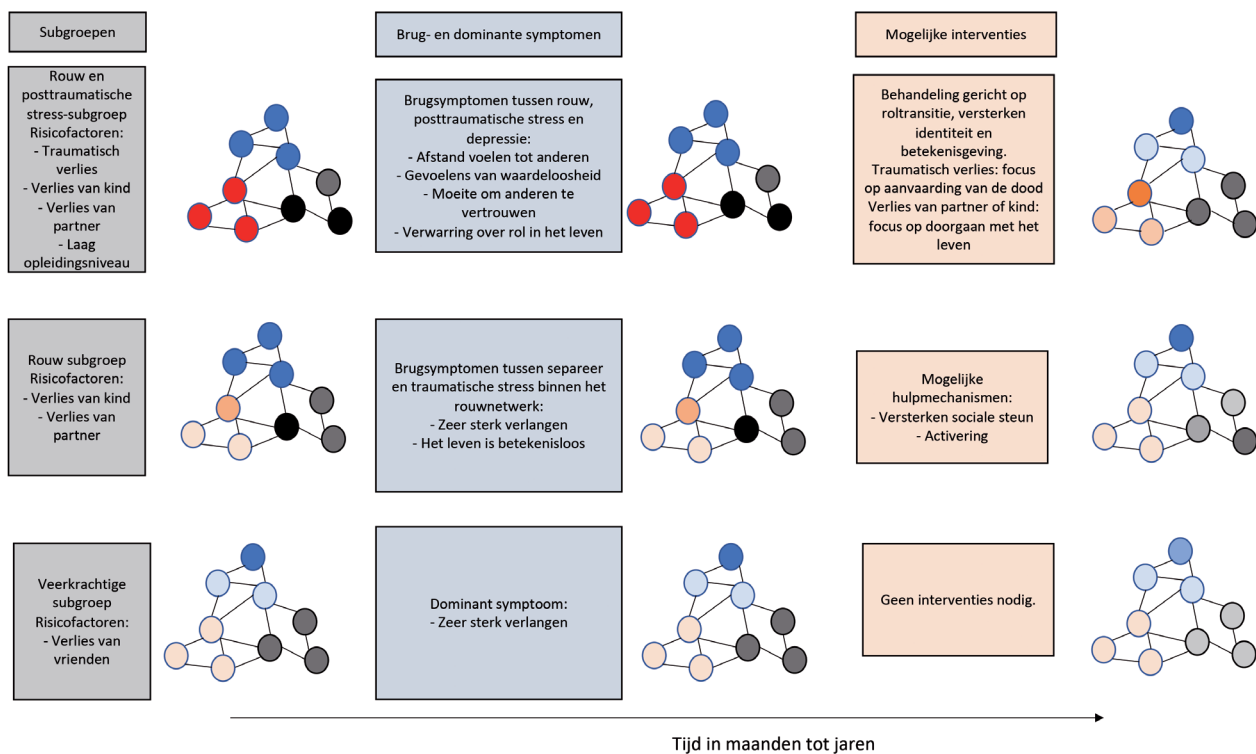
het uitvoeren van rituelen tot wel vijf jaar na het ongeluk, nabestaanden beschermen voor het ontstaan van psychische problemen. Meer onderzoek is nodig om hier duidelijkere uitspraken over te doen (Djelantik e.a. 2021).

## DISCUSSIE

In het in dit artikel beschreven proefschrift deden we onderzoek naar de samenhang tussen gecompliceerde rouw, posttraumatische stress en depressie bij nabestaanden na traumatische en niet-traumatische verliezen. Bijna de helft (49%) van de nabestaanden na traumatische verliezen ervaart psychische klachten die voldoen aan criteria voor een persisterende complexe rouwstoornis. Dit is vijf keer zoveel als bij nabestaanden na niet-traumatische verliezen. We hebben geprobeerd onze bevindingen samen te vatten in **figuur 1**. Er is een subgroep weergegeven die voornamelijk PGD- en PTSS-symptomen rapporteert, een subgroep die voornamelijk PGD-symptomen rapporteert en een subgroep zonder dominante symptomen van PGD, PTSS of depressie (Djelantik e.a. 2017a; 2019).

Psychiatrische symptomen en functionele beperkingen zijn het zwaarst onder nabestaanden die zowel PGD- en PTSS-symptomen rapporteren; deze mensen lijken ook

**Figuur 1. Hypothetische samenhang van de dynamische wisselwerking van de ontwikkeling, de behandeling en de afname van traumatische rouw bij nabestaanden**



Blaue stippen: symptomen van gecompliceerde rouw; rode stippen: symptomen van posttraumatische stress; zwarte stippen: depressiesymptomen; vervagende kleuren betekenen een afname van de ernst van de symptomen.



vaker psychologische hulp in gespecialiseerde psychotraumaklinieken te zoeken. Behandeling van PGD-symptomen zou mogelijk ook PTSS-symptomen kunnen verminderen. Naast een rouwbehandeling suggereren onze resultaten dat patiënten die een traumatisch verlies hebben geleden, wellicht een speciale focus op ‘aanvaarding van het verlies’ nodig hebben en patiënten die hun partner of kind hebben verloren, meer focus op ‘door te gaan met het leven’ (Djelantik e.a. 2019).

Voor de subgroep van personen die voornamelijk PGD-symptomen hebben, constateerden we dat de symptomen ‘een zeer sterk verlangen’ en ‘leven is betekenisloos zonder hem/haar’ belangrijk zouden kunnen zijn in het voortduren van de symptomen binnen het PGD-netwerk. We hebben enkele aanwijzingen dat deze subgroep van individuen het meest gebaat is bij ondersteuning van familie en vrienden of eerstelijns rouwbehandeling of hulp, zodat verwijzing naar een gespecialiseerde psychotraumakliniek niet nodig is (Djelantik e.a. 2017a; b; 2019).

De meeste nabestaanden zullen na het overlijden geen ernstige rouwsymptomen ervaren en kunnen als veerkrachtig worden beschouwd voor het ontstaan van psychische stoornissen. Voor de veerkrachtige subgroep vonden we ‘een zeer sterk verlangen’ als meest centrale symptoom. We vonden geen aanwijzingen dat de veerkrachtige groep speciale interventies nodig heeft of moet worden gevolgd (Djelantik e.a. 2017a; b).

### Beperkingen van de studies

De beschreven studies hebben een aantal methodologische beperkingen. Ten eerste waren de onderzoeksgroepen bij de meeste studies niet gerandomiseerd. Dit betekent dat de groep deelnemers mogelijk niet representatief is voor alle nabestaanden. In Djelantik e.a. (2017a; b; 2018) werd bijvoorbeeld gebruikgemaakt van oproepen en internetadvertenties om deelnemers te werven. Het kan zijn dat vooral mensen die al psychische klachten ervaren en op zoek zijn naar informatie zich opgeven voor de studie (een zogenaamde subklinische groep). We zagen dat vooral vrouwen die een partner hadden verloren, reageerden op de internetstudies. Bij de klinische studies deden juist meer mannen dan vrouwen mee. Een ander belangrijk punt is dat de analyses van de studies voornamelijk exploratief en data-gestuurd zijn. Deze benadering is nuttig voor het herkennen van associaties en het toewerken naar nieuwe hypothesen en theorieën over psychische stoornissen. Echter, replicaties en daarnaast experimentele studies zijn nodig om de hypothesen te toetsen. Interessant is dat de afgelopen jaren meerdere studies in andere populaties door andere onderzoekers resultaten hebben opgeleverd die vergelijkbaar zijn met deze studies (onder andere: Nickerson e.a. 2014; Boelen e.a. 2016; Eisma e.a. 2019; Maccallum & Bryant 2019).

### Klinische implicaties

De meeste nabestaanden zijn veerkrachtig na het verlies van een naaste en hebben geen psychotherapeutische hulp nodig. Het is echter belangrijk om je als clinicus bewust te zijn van het mogelijke bestaan van PGD, PTSS en depressie bij nabestaanden met psychische klachten. Na een traumatisch verlies ervaart bijna de helft (49%) van de nabestaanden psychische klachten die voldoen aan de criteria voor PGD. Vergeleken met de prevalentie van PGD bij nabestaanden na een niet-traumatisch verlies is dit vijf keer zoveel. Daarnaast bleek dat in een patiëntenpopulatie van een psychotraumakliniek 65% van de patiënten die een overlijden hadden meegemaakt, persisterende complexe rouwklachten ervoer. Dit zijn belangrijke bevindingen, omdat bij veel behandelaars het bestaan en de behandeling van gecompliceerde rouwklachten relatief onbekend zijn.

Nabestaanden met een verhoogd risico op het ontstaan van psychische klachten kunnen al vroeg na het overlijden worden geïdentificeerd. Enerzijds vanwege omstandigheden omtrent het verlies en/of sociodemografische kenmerken (bijv. een traumatisch verlies, het verlies van een partner of kind en een laag opleidingsniveau zijn voorspellers voor gecombineerde PGD-, PTSS- en depressiesymptomen). Anderzijds vanwege persisterende en hevige aanwezigheid van symptomen zoals ‘een zeer sterk verlangen naar de overleden naaste’, ‘een gevoel van verbijstering over de dood’, ‘het idee te hebben dat het leven betekenisloos is zonder hem/haar’, of ‘bitterheid of boosheid over de dood’. Bovendien hebben nabestaanden met gecompliceerde rouwsymptomen in het eerste jaar, kans om in de loop van het tweede jaar ook PTSS-klachten te krijgen.

Overweeg bij patiënten die zowel PGD- als PTSS-symptomen hebben een behandeling te starten die gericht is op rouwverwerking. Belangrijke onderwerpen zijn acceptatie van het verlies, de nieuwe rol in het leven en betekenisgeving. Verder is aandacht voor sociale ondersteuning en het formuleren van een toekomstperspectief waardevol. Een behandeling voor traumatische rouw kan bij vluchtelingen ook effectief zijn, zelfs wanneer er meerdere postmigratiestressoren aanwezig zijn. Rituelen en betekenisgeving rond het overlijden en rouw kunnen een rol spelen bij versterking van veerkracht bij nabestaanden.

### CONCLUSIE

In dit proefschrift hebben we laten zien dat om complexe vraagstukken rondom rouw beter te begrijpen, zoals comorbiditeit van psychische klachten bij nabestaanden, het nuttig kan zijn om te wisselen van perspectief op psychische klachten en bijvoorbeeld te focussen op symptomen, in plaats van op gehele psychische stoornissen. In toekomstige studies kan men deze focus op symptoomniveau gebruiken om verdere screeningtools, preventiestrategieën en therapeutische interventies te ontwikkelen.

## NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'Toward an integrated understanding of traumatic grief. Connecting prolonged grief, posttraumatic stress, and depression symptoms in traumatically and non-traumatically bereaved individuals' (Universiteit Utrecht; zie: <https://www.arq.org/nl/publicaties>), met als promotoren prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Rolf Kleber en prof. dr. Geert Smid.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Atwoli L, Stein DJ, King A, Petukhova M, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, e.a. Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys. *Depress Anxiety* 2017; 34: 315-26.
- Boelen PA, Reijntjes AHA, Djelantik AAAMJ, Smid GE. Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Res* 2016; 240: 358-63.
- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist* 2004; 59: 20-8.
- Djelantik AAAMJ, De Heus A, Kuiper D, Kleber RJ, Boelen PA, Smid GE. Post-migration stressors and their association with symptom reduction and non-completion during treatment for traumatic grief in refugees. *Front Psychiatry* 2020a; 11: 407.
- Djelantik AAAMJ, Putu A, Boelen PA, Lesmana CBJ, Kleber RJ. Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Latent class analysis and cultural correlates. *J Affect Disord* 2021; online.
- Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depress Anxiety* 2019; doi: 10.1002/da.22880.
- Djelantik AAAMJ, Smid GE, Kleber RJ, Boelen PA. Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *Eur J Psychotraumatol* 2017a; 8: 1423825.
- Djelantik AAAMJ, Smid GE, Kleber RJ, Boelen PA. Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Res* 2017b; 247: 276-81.
- Djelantik AAAMJ, Smid GE, Kleber RJ, Boelen PA. Do prolonged grief disorder symptoms predict post-traumatic stress disorder symptoms following bereavement? A cross-lagged analysis. *Compr Psychiatry* 2018; 80: 65-71.
- Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord* 2020b; 265: 146-56.
- Eisma MC, Lenferink LIM, Chow AYM, Chan CLW, Li J. Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10: 1558707.
- Eisma MC, Lenferink LIM, Stroebe MS, Boelen PA, Schut HAW. No pain, no gain: cross-lagged analyses of posttraumatic growth and anxiety, depression, posttraumatic stress and prolonged grief symptoms after loss. *Anxiety Stress Coping* 2019; 32: 231-43.
- Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor MF. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 212: 138-49.
- Maccallum F, Bryant RA. Symptoms of prolonged grief and post-traumatic stress following loss: A latent class analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2019; 53: 59-67.
- Nickerson A, Liddell BJ, Maccallum F, Steel Z, Silove D, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 106.
- Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 2021; 20: 96-106.
- Smid GE, Djelantik AAAMJ. Psychofarmacologische en neurobiologische aspecten van traumatische rouw. In: Keijser J, Boelen P, Smid G, red. *Handboek traumatische rouw*. Amsterdam: Boom; 2018.
- World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2018.

---

**SUMMARY**

## Toward an integrated understanding of traumatic grief - connecting prolonged grief, posttraumatic stress and depression symptoms

M. Djelantik

- Background** Psychological grief symptoms following bereavement have been extensively researched and described, with the distinction, generally speaking, of three sets of disorders: prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and depression.
- Aim** To investigate the connection and co-occurrence between the symptoms of these three disorders.
- Method** Conducting and combining studies from a categorical, dimensional, person-centered and network perspective on psychopathology.
- Results** We found a prevalence of 49% of prolonged grief disorder among traumatically bereaved individuals. Of all bereaved patients referred to a psycho-trauma clinic, 65% experienced prolonged grief symptoms next to posttraumatic stress symptoms. Symptoms related to social isolation and diminished sense of self were identified as bridge symptoms of co-morbidity. Treatment for prolonged grief next to posttraumatic stress symptoms might cause symptom reduction, even in refugees with multiple post-migration stressors. Lastly, we found a surprisingly low prevalence rate among bereaved families following traffic accidents on the Indonesian island of Bali, compared to other countries. This suggests that psychopathology needs to be understood in its cultural context.
- Conclusion** To better understand co-morbidity it may be beneficial to combine different perspectives on psychopathology. Clinicians should be aware of prolonged grief symptoms in order to adequately capture psychopathology among those affected by trauma and loss.