10 Aanpassingsstoornissen

C.P.D.R. SCHAAP, J. VAN DEN BOUT EN W.B. SCHAUFELI

In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M (Eds.). Handboek psychopathologie, dl. 3
Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum

Inhoud

10 1	Inleiding	219
10.2	Chronische werkstress en burnout	220
10.2.1	Inleiding	220
10.2.2	Diagnostiek	223
10.2.3	Behandeling	224
10 3	Pathologische rouw	229
10.3.1	Inleiding	229
10 3.2	Diagnostiek	233
10.3.3	Behandeling	234
10.4	Beschouwing	238
10.5	Literatuur	240

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de behandeling van patiënten met aanpassingsstoornissen besproken. In deel 1 van dit handboek is uitvoerig ingegaan op de kenmerken en het voorkomen van deze stoornissen tegen de achtergrond van de begrippen stress, coping en sociale steun (Sanderman, 1994). Hier willen we ons beperken tot een korte beschrijving van de belangrijkste kenmerken overeenkomstig de criteria van de DSM-IV:

a. De stoornis ontstaat binnen drie maanden nadat iemand wordt geconfronteerd met een traumatische levenservaring, een tegenslag of een conflict.
b. Het moet gaan om klinisch significante symptomen die iemand beperkingen opleggen in sociaal of beroepsmatig functioneren en deze reactie gaat verder dan gebruikelijk kan worden verwacht.
c. De stoornis is van voorbijgaande aard en binnen zes maanden na het ophouden van de stressor wordt het uitgangsniveau van functioneren weer bereikt.

In de DSM-IV wordt een zestal subtypes onderscheiden, naar gelang de aanpassingsstoornis gepaard gaat met: depressieve stemming, angst, gemengde angst en depressieve stemming, gedragsstoornissen, gemengde emotionele en gedragsstoornissen en, ten slotte, ongespecificeerd.

Aanpassingsstoornissen worden dus niet gekenmerkt door specifieke klachten en symptomen. Het resultaat is een grote verscheidenheid aan symptomen, die verdeeld kunnen worden in een drietal rubrieken (Sanderman, 1994). In de eerste plaats zijn er de affectieve symptomen (neerslachtigheid, verdriet, angst, ontstemd zijn). In de tweede plaats kunnen er gedragsontsporingen zijn die ontregelend werken op het maatschappelijk functioneren (roekeloosheid, geldverspilling, ruzies, alcoholmisbruik). Ten slotte kunnen er lichamelijke klachten op de voorgrond staan (vermoeidheid, rugklachten, hoofdpijn). Het spreekt voor zich dat culturele achtergronden modererend kunnen inwerken op de ernst van de beperkingen.

Gezien deze veelheid aan symptomen vraagt de behandeling bijzondere aandacht. Het gaat daarbij om het aanpakken van spanningsbronnen (stressoren), stressreacties (strains) en het omgaan met stressoren (coping). Dat deze elementen een belangrijke, maar onderscheiden rol spelen in de behandeling van aanpassingsstoornissen, zullen we laten zien in de bespreking van twee categorieën aandoeningen: chronische werkstress (burnout) en pathologische rouw.

10.2 Chronische werkstress en burnout

10.2.1 Inleiding

Freudenberger (1974) gebruikte de term burnout om een specifieke vorm van werkgerelateerde psychische problematiek te beschrijven, bij vrijwilligers enkele maanden nadat ze begonnen waren te werken bij een alternatieve hulpverleningsinstelling. Zij ontwikkelden vele klachten, zoals uitputting, oververmoeidheid, hoofdpijn, slapeloosheid, toegenomen prikkelbaarheid, snelle irritatie, negativisme, cynisme, frustratie en sociaal isolement. Kenmerkend was dat het ging om mensen die aanvankelijk met tomeloze inzet en veel enthousiasme hadden gewerkt. Schaufeli, Maslach e.a. (1993) noemen bijna honderd symptomen die in de literatuur met burnout geassocieerd worden, waarbij psychische en fysieke uitputtingsverschijnselen het meest kenmerkend zijn. Pogingen om burnout te definiëren hebben hier dan ook meestal betrekking op. Maslach (1993) geeft de meest invloedrijke omschrijving van burnout en vermeldt als onderdelen van het syndroom, naast emotionele uitputting, een cynische, negatieve en kille houding ten opzichte van de mensen met wie men werkt (depersonalisatie) en een gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid. Maslach beperkt burnout tot de sociale beroepen, waarin op professionele wijze met andere mensen wordt gewerkt. Andere invloedrijke auteurs als Pines en Aronson (1988) zijn het met deze beperking niet eens. Zij beschouwen burnout als een oververmoeid-

heidssyndroom, dat in principe in ieder beroep en zelfs daarbuiten (bijv. in het huwelijk) kan voorkomen.

Over de etiologie van burnout bestaat geen eenstemmigheid. Er kunnen drie elkaar aanvullende typen verklaringsmodellen onderscheiden worden (Schaufeli, Maslach e.a. 1993). (a) Individueel-psychologische verklaringen van burnout leggen de nadruk op de discrepantie tussen het te hoge verwachtingspatroon ten aanzien van het werk en de alledaagse werkelijkheid. (b) Bij sociaal-psychologische verklaringsmodellen staat de relatie met andere personen centraal. Zo zien Maslach en Jackson (1986) de belangrijkste oorzaak van burnout in de emotioneel belastende omgang met cliënten, patiënten, leerlingen en anderen. (c) Organisatiepsychologische modellen ten slotte leggen het accent op de rol die bepaalde organisationele factoren spelen bij burnout, zoals een te hoge verwachting, gebrek aan autonomie, rolconflicten, en te weinig steun en feedback van de leiding.

Empirisch onderzoek naar burnout is vooral correlationeel van aard, zodat er geen conclusies over de oorzaken getrokken kunnen worden. Dit onderzoek suggereert wel dat vooral bepaalde kenmerken van de werksituatie met burnout samenhangen. Dit geldt voor objectief gemeten werkdruk (case load), maar ook voor subjectief ervaren arbeidsbelasting. Verder hangen ook rolconflicten, rolambiguïteit en een gebrek aan ondersteuning van de leiding nauw met burnout samen. Het verband tussen biografische en persoonskenmerken is over het algemeen minder sterk. Voor een uitvoerig overzicht van empirisch onderzoek wordt verwezen naar Schaufeli, Maslach e.a. (1993).

In hoeverre is burnout te onderscheiden van verwante fenomenen die betrekking hebben op psychische uitputting, chronische vermoeidheid of verlies aan energie, zoals werkstress, overspannenheid, surmenage, neurasthenie, vitale uitputting en depressie? Bij werkstress gaat het om een discrepantie tussen de eisen van de werkomgeving en de verwerkingsmogelijkheden van het betreffende individu. Het is een aanpassingsstoornis die gepaard gaat met psychische, lichamelijke en gedragsmatige symptomen. Burnout daarentegen, kenmerkt zich door een mislukte aanpassing en chronisch dysfunctioneren. Verder staan bij werkstress sociale symptomen en problematische attitudes veel minder op de voorgrond. Schaufeli en Van Dierendonck (1993) hebben aangetoond dat burnout, zoals gemeten met de Maslach Burnout Inventory (MBI), duidelijk verschilt van lichamelijke en psychische stressreacties zoals gemeten met de Vragenlijst Organisatie Stress-Doetinchem (VOS-D) (Bergers e.a., 1986). Het ziet er dus naar uit dat werkstress een proces is van dysfunctioneel reageren op stress, terwijl burnout het eindstadium of resultaat van dit proces reflecteert.

Overspannenheid (surmenage) wordt gekarakteriseerd door aspecifieke distress: moeheid, lusteloosheid, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, concentratieprobemen, duizeligheid, gejaagdheid, gespannenheid en emotionele labiliteit. Er is daarnaast weinig sprake van symptomen als depressie, somatisatie en angst, maar wel van sociaal dysfunctioneren (Terluin, 1994). Er is geen empirisch onderzoek verricht naar de relatie tussen overspannenheid en burnout, maar sommige

auteurs vinden dat het om hetzelfde beeld gaat (Heyman, 1990). Er bestaat daarentegen wel een duidelijk onderscheid tussen burnout en depressieve klachten, gemeten met behulp van de Beck Depression Inventory (BDI). Hoewel er in de regel tussen BDI en MBI (m.n. met emotionele uitputting) hoge correlatie-coëfficiënten (0,40 à 0,50) worden gevonden, gaat het bij depressieve klachten en burnout empirisch gesproken toch om twee verschillende begrippen. Dat blijkt onder meer uit vergelijkende recente studies van MBI en BDI (Glass e.a., 1993).

Oververmoeidheid, een van de belangrijkste symptomen van burnout, is ook een teken van neurasthenie, een stoornis die niet meer voorkomt in de DSM-IV, maar wel in de ICD-10 (WHO, 1994). Hierbij zijn de centrale kenmerken: vermoeidheid en snelle geestelijke en/of lichamelijke vermoeibaarheid. Daarnaast worden als diagnostisch criterium ten minste twee van de volgende klachten vereist: spierpijn, duizeligheid, spanningshoofdpijn, slaapstoornis, niet in staat te ontspannen, prikkelbaarheid, maag-/darmbezwaren (dyspepsie). Een angststoornis en depressie moeten wel worden uitgesloten. Burnout wordt in ICD-10 nadrukkelijk onderscheiden van neurasthenie en is ondergebracht in de rubriek van factoren die de gezondheid en het contact met de hulpverlening kunnen beinvloeden (hieronder worden enkele beelden verstaan die lijken op de omschrijving van aanpassingsstoornissen in DSM-IV).

Wellicht zou het duidelijker zijn wanneer, naast de acute stressstoornis en de posttraumatische stress-stoornis, een toestand van chronische stress en het eindstadium van dit proces van chronische stress als aparte stoornissen zouden worden onderscheiden. Een dergelijke chronische stress-stoornis gerelateerd aan de werkomstandigheden zou dan burnout zijn.

Voorbeeld 1

De heer Dijkstra, 48 jaar, wordt aangemeld door zijn bedrijfsarts Sinds een halfjaar zit hij in de ziektewet Hij is in zijn werk als leraar vastgelopen en heeft zich in verband met vermoeidheidsklachten en spanningen ziek gemeld.

Recent heeft hij een belangrijke rol vervuld in een fusie tussen de MBO-school waar hij les geeft en een andere school in de stad Bij deze fusie was ook een functie omschreven als coordinator, waarop de heer Dijkstra zijn zinnen had gezet. Na de uiteindelijke fusie is hij voor die functie gepasseerd; een collega werd benoemd. Voor de heer Dijkstra kwam deze beslissing extra hard aan, omdat hij zich zo had ingezet Hij voelde zich gekwetst en onrechtvaardig behandeld, zeker omdat hij altijd zoveel meer tijd in zijn werk stak dan betreffende collega Kort daarop kreeg hij klachten. Hij had zich wel vaker vermoeid gevoeld, maar nu voelde hij zich lichamelijk en geestelijk uitgeput

Patient geeft aan nog steeds in deze toestand te verkeren Hij gebruikt geen slaapmedicatie, slaapt tot tien uur 's ochtends en heeft dan veel tijd nodig om op te staan De rest van de dag blijft hij een vermoeid gevoel houden. Daarnaast heeft hij erg veel last van piekeren en concentratieproblemen Als hij een boek leest is hij na een paar regels al vergeten wat hij gelezen heeft Bovendien krijgt hij er hoofdpijn van. Ook klaagt hij over angst en spanningen In sociale situaties voelt hij een strak gevoel rond de borst, een dichtgeknepen keel en een benauwd gevoel Hij geeft aan dat hij geen situaties vermijdt, maar zich er vaak toe moet zetten om iets te ondernemen. Als dingen niet lukken of iemand onaardig doet, is hij snel overstuur Hij trekt zich alles erg aan, is snel emotioneel en heeft het gevoel dat hij vaak onderwerp van gesprek is Hij herkent zichzelf helemaal niet meer, wat zijn gevoel van ontreddering alleen maar versterkt

Al in een eerder stadium heeft hij zijn hobby's – hij zat in het bestuur van een bridgeclub

en restaureerde antieke meubelen – opgegeven, omdat het niet te verenigen was met zijn overwerk. Nu hij er wel tijd voor heeft, ontbreekt hem de energie en de lust
Patiënt heeft na de lagere school, de MULO en de sociale academie afgerond Hij was een goede leerling, maar wel perfectionistisch. Na de academie is hij als maatschappelijk werker gaan werken. Tijdens deze periode heeft hij een avondstudie gevolgd en is docent geworden op een MBO
De heer Dijkstra heeft zijn huidige vrouw leren kennen op de sociale academie. Ze hebben twee kinderen: een dochter van acht jaar en een zoon van elf Volgens zijn zeggen zijn er geen problemen in zijn huwelijk en gaat het goed met de kinderen Wel hebben het overwerken en de drukte op school een sterke wissel op de relatie getrokken Hij voelt zich schuldig, omdat de huidige situatie voor zijn vrouw en kinderen ook erg zwaar is Hij zegt het lesgeven heerlijk te vinden, maar door de administratieve taken en de fusieperikelen ook daarin tekort geschoten te zijn.
Bij onderzoek zien we een dwangmatige, onzekere en gespannen man Hij heeft zijn zelfvertrouwen verloren en voelt zich gespannen in allerlei sociale situaties Het verhaal van patiënt is coherent, het bewustzijn is helder en de aandacht is goed te richten. De stemming is gedrukt, maar zonder vitale kenmerken Er is geen sprake van een depressie en hij voldoet niet aan de criteria van een angststoornis, hoewel er duidelijke spanningsklachten en licht sociaal-fobische trekken vast te stellen zijn

10.2.2 Diagnostiek

Gegeven het feit dat het bij aanpassingsstoornissen om een groot aantal uiteenlopende symptomen kan gaan, is het van belang over een instrument te beschikken waarmee deze brede symptomatologie adequaat kan worden getaxeerd. De *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) is een veel gebruikt en psychometrisch uitstekend instrument om psychosociale klachten te inventariseren. Er worden acht subschalen onderscheiden: agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit, slaapproblemen, en een totaalscore van psychoneuroticisme.

Hoewel er verschillende vragenlijsten bestaan om burnout te meten, wordt de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) veruit het meest gebruikt. Deze bestaat uit drie subschalen: emotionele uitputting, depersonalisatie, en (verminderde) persoonlijke bekwaamheid. De betrouwbaarheid en validiteit van de MBI zijn goed te noemen (Schaufeli, Enzmann e.a., 1993). Er is ook een Nederlandse versie beschikbaar (MBI-NL), die vanuit psychometrisch oogpunt vergelijkbaar is met de originele Amerikaanse versie (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993, 1994). Een nadeel is dat de MBI in principe alleen geschikt is voor mensen die in sociale beroepen werkzaam zijn. Aan een algemene versie, die bij iedereen kan worden afgenomen, ongeacht het beroep, wordt momenteel gewerkt. In afwachting van de officiële handleiding van de MBI-NL zijn voorlopige normen beschikbaar (Schaufeli & Van Dierendonck, 1994). Deze kunnen in principe ook worden gebruikt voor individuele diagnostiek, zij het dat de tot nu toe beschikbare gegevens alleen betrekking hebben op groepen mensen die bij bedrijven en instellingen werken. Er zijn ook normen beschikbaar, van burnout-patiënten bij wie de MBI klinisch is gevalideerd (Schaufeli e.a., 1995).

Gezien het feit dat burnout optreedt in de context van chronische interpersoonlijke appèls in de werksituatie en verband lijkt te hebben met

interpersoonlijke sensitiviteit en hostiliteit, is het van belang om vast te stellen hoe de patiënt omgaat met anderen, bijvoorbeeld met behulp van de *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag* (SIG; Arrindell e.a., 1984). In deze schaal zijn twee dimensies van belang: spanning en frequentie. De combinatie van beide leidt tot vier cellen: assertief (spanning laag, frequentie hoog), onverschillig (spanning laag, frequentie laag), angstig uitvoerend (spanning hoog, frequentie hoog) en subassertief (spanning hoog, frequentie laag). Er is sprake van vier subschalen: uiten van negatieve gevoelens (kritiek geven, weigeren), uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (kritiek ontvangen, aandacht en hulp vragen), jezelf kwetsbaar maken (contact leggen), en uiten van positieve gevoelens (complimenten en waardering geven en ontvangen).

Ook de persoonlijkheid is van belang bij het ontwikkelen van chronische werkstress en burnout. Niet iedereen werkt iedere avond over of voelt zich gekwetst wanneer zijn omgeving onvoldoende applaudiseert. De *Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst* (NPV; Luteijn e.a., 1985) is een veel gebruikt instrument met uitstekende psychometrische kwaliteiten. De volgende subschalen worden onderscheiden: inadequatie, sociale inadequatie, rigiditeit, verongelijktheid, zelfgenoegzaamheid, dominantie, en zelfwaardering.

Voorbeeld 1 (vervolg)

Op de SCL-90 scoort de heer Dijkstra, vergeleken met psychiatrische patienten, hoog op de subschalen angst, depressie, somatische klachten en wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit Ook de totaalscore is relatief hoog

Hij scoort ook hoog op de MBI; met name de hoge scores op emotionele uitputting en (verminderde) persoonlijke bekwaamheid zijn opvallend.

Op de SIG valt op dat hij hoog scoort in het onverschillige en subassertieve quadrant. Hij ervaart veel spanning bij het zich kwetsbaar maken en bij het uiten van negatieve gevoelens.

De hoge scores op de NPV-subschalen rigiditeit en verongelijktheid zijn opvallend Hij is iemand die erop gesteld is om gebeurtenissen volgens plan te laten verlopen Verder heeft hij vaste gewoontes en principes, en geeft hij blijk van een zekere intellectuele starheid Ook voelt hij zich snel aangevallen

Samenvattend laat het diagnostisch onderzoek zien dat de heer Dijkstra veel spanningsklachten heeft, oververmoeid is, enigszins op zijn hoede is en gedemoraliseerd. Verder voelt hij zich verminderd professioneel bekwaam en is subassertief. Ten slotte heeft hij enige dwangmatige en narcistische trekken

10 2 3 Behandeling

Over de effectieve behandeling van burnout is weinig bekend. De meeste interventiestrategieën zijn secundair-preventief van aard en beogen burnout te voorkomen bij mensen met een verhoogd risico of met enige klachten. Vooral de 'burnout workshops' zijn populair. Het doel hiervan is meestal tweeledig: men wil de sensitiviteit voor burnout verhogen en een aantal technieken oefenen om burnout in een zo vroeg mogelijk stadium effectief te bestrijden. Over de effectiviteit van dergelijke workshops is overigens niet veel bekend. Pines en Aronson (1983) vonden zes maanden na een eendaagse workshop dat de deelnemers tevredener met het werk waren dan de groep die de workshop niet gevolgd had, maar

er was geen verschil in mate van burnout. In een zorgvuldig opgezette studie van Higgins (1986) werd het effect van twee verschillende interventieprogramma's onderzocht: het ene was hoofdzakelijk gebaseerd op het aanleren van cognitieve vaardigheden en in het andere programma stond relaxatietraining centraal. Na zeven wekelijkse bijeenkomsten bleek het niveau van burnout in beide experimentele groepen gedaald te zijn, terwijl dat van de niet-behandelde controlegroep stabiel gebleven was.

Hobfoll en Freedy (1993) onderzochten de effecten van een stressinoculatietraining bij 87 verpleegsters. Alle deelneemsters die vooruitgang in sociale ondersteuning boekten, rapporteerden ook een significante verlaging in emotionele uitputting. Schaufeli (1995) rapporteert een significante daling van de MBI-scores op emotionele uitputting, verveling, stress en somatische klachten bij 122 wijkverpleegsters na een driedaagse training met onder andere ontspanning, lichaamsbewustwording, conflicthantering en rationeel-emotieve therapie (RET). Er werden geen veranderingen gevonden in depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Het gaat bij burnout om een veelheid aan spanningsklachten, om problematisch gedrag in de werksituatie en om verminderde professionele bekwaamheid. In deel 1 van dit handboek (Sanderman, 1994) is het belang aangegeven van coping, persoonlijkheid en sociale steun bij aanpassingsstoornissen. De behandeling zal dus moeten aangrijpen op ongezonde manieren van coping, op (spannings)klachten en op risicofactoren die met de persoonlijkheid te maken hebben. Iemand met een dwangmatig karakter zal problemen kunnen krijgen bij fusies en reorganisaties, aangezien de voorspelbaarheid en controleerbaarheid van zijn leven afneemt. Daarnaast zal de behandeling gericht moeten zijn op het mobiliseren van sociale steun, zowel in de werksituatie als daarbuiten. Ten slotte zal moeten worden voorkomen dat de klachten opnieuw optreden.

Aan de behandeling van burnout zijn dus diverse aspecten te onderscheiden die telkens onderdelen kunnen zijn van een behandelprogramma:

a. het uitputtingssyndroom (oververmoeidheid, slechte conditie, spanningsklachten);
b. de werksituatie (te grote werkdruk, stresserende omstandigheden, inadequaat time-management);
c. de persoonlijkheid (dwangmatig, narcistisch) en verstoringen in de zogenaamde 'emotionele balans';
d. terugvalpreventie.

We zullen ter illustratie aangeven hoe op deze aspecten in een behandelprogramma kan worden aangegrepen.

a. *Uitputtingssyndroom.* Dit bestaat uit vermoeidheidsklachten en verhoogde vermoeibaarheid, slaapstoornissen, dysforie, maag- en darmklachten, pijnklachten, spanningsklachten, duizeligheid, concentratieproblemen en vooral piekeren. Voor deze klachten zijn effectieve behandelprogramma's ontwikkeld.

- *Vermoeidheid en pijnklachten* De vermoeidheid en vermoeibaarheid worden behandeld middels een gedoseerde activering (ontspanningsoefening en conditieverbetering) en structurering van de dag (op tijd opstaan, activiteiten plannen). Er vindt een geleidelijke toename van belasting plaats. Het activiteitenniveau wordt geleidelijk opgevoerd totdat het niveau van een normale werkdag wordt gehaald. Ontspanningsoefeningen, (zelf)hypnose en cognitieve interventies kunnen worden toegepast voor het beïnvloeden van pijnklachten (Turk e.a., 1983).
- *Spanningsklachten* In de gezondheidspsychologie worden verschillende strategieën gehanteerd onder de noemer stress-managementtraining: relaxatie, meditatie, hypnose, biofeedback en cognitieve therapie (Feuerstein e.a., 1986). Deze ingrediënten zijn onderzocht bij verschillende spanningsklachten en blijken alle in enige mate effectief te zijn. Toch is het onwaarschijnlijk dat meditatie effectiever is dan rustig zitten, en voegt biofeedback niet veel toe aan een relaxatietraining. Naast gemeenschappelijke non-specifieke factoren lijken het sensitiseren voor spierspanning en autonome activiteit, het afleiden van de aandacht en het versterken van het gevoel van controle de centrale werkzame elementen te zijn (Borkovec e.a., 1984). Progressieve spierrelaxatie, de suggestieve methode, autohypnose, concentratieoefeningen, meditatie en ademhalingsoefeningen kunnen alle gebruikt worden om het spanningsniveau te verlagen. Deze oefeningen kunnen op een cassettebandje worden opgenomen. De patiënt dient zoveel mogelijk per dag te oefenen. Wanneer de spanning in bepaalde situaties optreedt kan er cue-conditioning plaatsvinden op die situaties: de relaxatierespons wordt geconditioneerd aan een signaal (de vuist ballen, geluid van eigen stem) in een spanningsvolle situatie (Smith-van Rietschoten & Hoogduin, 1991).
- *Slaapstoornissen.* Het aanleren van juiste slaaphygiënische maatregelen (bijv. geen koffie voor het slapen of ingewikkelde echtelijke gesprekken), ontspanningsoefeningen en afleiden van de aandacht zijn belangrijke ingrediënten om de slaap te verbeteren (Houben, 1983).
- *Dysforie.* Het ontstemd zijn betekent een verhoogde prikkelbaarheid. Dit heeft gevolgen voor relaties met anderen, die de neiging hebben het niet te vergeten en soms hun gram te willen halen wanneer de patiënt zich weer wat beter voelt. Het uitgangspunt is zelfcontrole. Snauwen, boze uitingen, en geprikkeld-zijn mogen niet meer voorkomen. Na registratie van agressieve gedachten en uitingen kunnen zelfcontroleprocedures worden toegepast met stimuluscontrole, stimulus-responsinterventies en 'respons cost' (Schaap, Meulenbeek & Hoogduin, 1990).
- *Duizeligheid* Deze klacht treedt vaak samen op met vermoeidheid, een verminderde conditie en verlaagde bloeddruk (orthostatische hypotensie). 'Applied tension' (AT) (Öst e a., 1991) is een effectieve techniek om deze klacht te behandelen. Deze techniek bestaat uit een aantal keren achter elkaar gedurende vijftien tot twintig seconden aanspannen van de spieren waardoor de bloeddruk stijgt. Tevens wordt de patiënt geleerd om de eerste signalen van bloeddrukverlaging te

herkennen en de AT toe te passen. Andere belangrijke interventies zijn het verbeteren van de lichamelijke conditie en dieetvoorschriften.

- *Piekeren.* Piekeren is een ineffectieve manier om problemen op te lossen. De patiënt wordt geleerd om beter problemen op te lossen in 'piekersessies': met potlood en papier wordt een uur per dag op een vast tijdstip gepiekerd. Hierbij worden conclusies getrokken, samenvattingen gemaakt en werkpunten geformuleerd. Tevens wordt de patiënt geleerd het piekeren buiten de sessies te couperen met incompatibele activiteiten (lezen, praten, sporten, wandelen). Het programma is deels gericht op exposure aan en verwerking van nare ervaringen (gemiste kansen, flaters) en het doorbreken van de twijfelspiraal (Hoogduin, 1987).

b. *Werksituatie.* Bij terugkeer in de werksituatie, maar vooral voordat deze heeft plaatsgevonden, moet er gezocht worden naar de stresserende momenten in de werksituatie. Bij terugkeer van de patiënt in de werksituatie dient de patiënt stressmomenten nauwkeurig te noteren. Op grond van deze informatie worden interventies gedaan. Deze kunnen bestaan uit assertiviteitstraining, cue-conditioning, spreekvaardigheid verhogen of ontspanningstechnieken. Daarnaast is het van belang effectieve time-management-technieken aan te leren (tijdregistratie, effectieve output registreren, realistisch plannen, delegeren, planning van voldoende variatie, werkzaamheden ordenen, kleine taken direct afwerken, inlassen van rustmomenten) en toe te werken naar een betere werkbelasting (inventarisatie belastende onderdelen, eventueel afstoten en vervangen, sterkte/zwakte-analyse).

c. *Persoonlijkheid.* Met behulp van cognitieve therapie leert de patiënt beter om te gaan met zijn dwangmatige of narcistische trekken, waarbij irrationele gedachten of cognitieve schema's worden geanalyseerd en de persoon wordt uitgedaagd deze empirisch te toetsen (Albersnagel & Boelens, 1991; zie ook hfst. 11). De emotionele balans moet hersteld worden. Mensen die alleen maar geven en niets daarvoor terugkrijgen, lopen risico's. Soms slagen mensen erin om elders wel erkenning en waardering te krijgen. In een persoonlijke relatie en op het werk kan men niet alleen geven, maar moet men ook iets terugkrijgen (complimenten, bedankjes, intrinsieke beloning).

d. *Terugvalpreventie.* Uiteindelijk gaat de patiënt terug in de situatie waarin hij vastgelopen is. Hij weet nu met welke klachten de overbelasting begint. Zodra hij deze bij zichzelf waarneemt, moet hij dat als een signaal opvatten om over te schakelen op het terugvalpreventieprogramma, een soort draaiboek dat is gemaakt naar aanleiding van een analyse van zijn eerste decompensatie.

Voorbeeld 1 (vervolg)

In de eerste zitting wordt met de heer Dijkstra doorgesproken hoe burnout kan ontstaan Er wordt hem uitleg gegeven van het klinisch beeld en van de prognose Daarnaast worden de klachten nog eens op een rijtje gezet en geïnterpreteerd als spanningsklachten, als signa-

len dat men roofbouw op zichzelf pleegt. Tevens wordt met hem doorgenomen hoe de spanning de komende tijd moet worden geregistreerd (zie Methorst e.a., 1994). Op speciale formulieren moet hij ieder uur van de dag de spanning registreren, van 0 (diep ontspannen) tot 10 (paniek) Hij kan op deze formulieren ook aangeven wat de spanning veroorzaakte Ten slotte kan hij aangeven hoe de spanning zou kunnen worden verminderd.
In de tweede zitting wordt de registratie van spanning besproken. De spanning lijkt te beginnen met vermoeidheid en hoofdpijnklachten. Verder valt op dat hij piekert over school en over zichzelf. Het piekeren wordt behandeld met couperende activiteiten en de afspraak voor piekersessies Hij reserveert iedere avond een halfuur waarin hij op een vaste plaats de onderwerpen begint uit te schrijven waarover hij piekert. Deze onderwerpen worden zo volledig mogelijk in kaart gebracht, waarna er oplossingen worden bedacht. In de loop van de tijd worden deze oplossingen uitgevoerd en geëvalueerd. Om hem te helpen het piekeren te stoppen, worden er activiteiten bedacht voor na de piekersessie, die onverenigbaar zijn met piekeren, zoals praten, motorische activiteit en aandacht voor de partner en de kinderen
In de derde zitting wordt de instructie voor de progressieve relaxatie gegeven en op cassette opgenomen De heer Dijkstra zal de oefening tweemaal daags uitvoeren. Gedurende de afgelopen week is hem opgevallen dat spanning begint met een onrustig gevoel en een beginnende druk in de nek Afgesproken wordt dat hij bij deze signalen wat zal gaan knutselen in zijn werkplaats, naar muziek zal luisteren of een wandeling maken
Tijdens de vierde zitting wordt doorgesproken hoe de relaxatie-oefening thuis is gegaan Het oefenen gaat goed en ook de andere interventies hebben geleid tot een vermindering van spanning. Tijdens de zitting wordt de cue-conditioning geoefend: de snel bereikte ontspanning wordt gekoppeld aan het ballen van de rechtervuist In moeilijke situaties zal hij met behulp van het ballen van de vuist de ontspanning snel tot zijn beschikking hebben Verder wordt begonnen met een zelfcontroleprogramma voor zijn prikkelbaarheid Afgesproken wordt dat zijn vrouw registreert hoe vaak hij haar of de kinderen onvriendelijk bejegent Dergelijk gedrag wordt beboet met het uitvoeren van taken die zijn partner ontlasten en enige vreugde bezorgen. Ten slotte wordt aangekondigd dat een begin zal worden gemaakt met een werkhervattingsplan
Bij het begin van de vijfde zitting vertelt patiënt dat het praten over werkhervatting de nodige spanning heeft veroorzaakt Wel heeft hij contact met de school en zijn collega's gezocht Het is hem erg meegevallen, ondanks het feit dat het beantwoorden van de vragen van zijn collega's naar zijn gezondheid hem moeilijk viel Hij heeft ook een afspraak gemaakt met zijn directeur om over taakinhoud te praten.
Afgesproken wordt, in overleg met de bedrijfsarts, dat de heer Dijkstra op therapeutische basis zal gaan werken. Dit zal in een periode van twee tot drie maanden langzaam opgebouwd worden tot twintig uur in de week met activiteiten die hem niet te veel zullen belasten Het hanteren van de spanning gaat ook steeds beter. Het zelfcontroleprogramma rond ontstemming leidt tot het begin van het analyseren van zijn gedachten Er wordt een uitleg gegeven over cognitieve therapie (RET).
In de zesde zitting vertelt de heer Dijkstra dat hij een lichte terugval heeft gehad De directeur had gevraagd hem bij een aantal taken te assisteren. Hij had daarop positief gereageerd, maar hij had een taak gekregen die hem te zwaar leek. Hij had er ja tegen gezegd maar zich gefrustreerd gevoeld Ondanks dat was hij er nog niet bij de directeur op teruggekomen Besloten wordt om deze situatie met een RET-schema te bespreken Centraal lijken de volgende irrationele gedachten ik moet alles perfect doen; ik moet alles doen, want niemand kan het beter; iedereen moet mij aardig vinden Deze gedachten worden uitgedaagd en alternatieven worden geformuleerd Als huiswerkopdracht moet de heer Dijkstra zijn directeur bellen met de mededeling dat hij nog niet toe is aan het uitvoeren van die taak
Tijdens de zevende zitting – de zittingen vinden inmiddels tweewekelijks plaats – wordt het telefoongesprek met de directeur besproken. 'Dat was goed gegaan,' zei de heer Dijkstra, 'de directeur had zich coöperatief opgesteld ' De therapeut toont zijn tevredenheid, maar benadrukt dat het een nog betere oefening geweest was als de directeur minder aardig was geweest en de heer Dijkstra desondanks rustig en adequaat zijn bezwaren geformuleerd had
Patiënt is nog steeds niet op school begonnen. Besproken wordt aan welke voorwaarden moet worden voldaan. op tijd ontspannen, spanningssignalen vaststellen, niet te veel werk tegelijk doen, op tijd nee zeggen, zich niet overal verantwoordelijk voor voelen. Naast ver-

dere cognitieve therapie worden enkele tips gegeven ten aanzien van het plannen van zijn toekomstige activiteiten. Hij zal 's avonds een programma maken voor de komende dag, en na het werk even nagaan of hij zich er aan heeft kunnen houden
Tijdens de achtste zitting zegt patiënt nog niet klaar te zijn om zijn werk te hervatten
In de negende zitting geeft patiënt aan dat de ontspanning beter lukt Ook de vermoeidheidsklachten nemen wat af. Wel heeft hij opgemerkt dat hij slecht slaapt als er iets spannends is gebeurd (bijv een feestje). Patient wordt aangeraden om dergelijke situaties via het RET-schema te analyseren om er achter te komen welke gedachten de spanning veroorzaken Daarnaast wordt hij gestimuleerd om spanningsvolle situaties op te zoeken, terwijl hij zich met behulp van cue-conditioning (ballen van de vuist) in ontspannen toestand brengt.
Tijdens de tiende zitting komen situaties ter sprake waarin hij nee moet leren zeggen Ook wordt een aantal situaties besproken waarin de heer Dijkstra meer grenzen wil gaan stellen
Tijdens de elfde zitting vertelt de heer Dijkstra dat hij weer enkele ochtenden naar school wil gaan Nogmaals wordt besproken waar hij op moet letten, welke spanningssignalen hij moet controleren, dat hij moet pauzeren, op tijd ontspannen, niet te veel werk op zich nemen en op tijd nee zeggen.
Voor de twaalfde zitting, na drie weken, heeft de heer Dijkstra weer een kleine terugval gehad naar aanleiding van een opmerking van de directeur dat zijn afwezigheid lastig was en anderen zijn taken niet zo goed konden waarnemen Nadere analyse laat zien dat de frustratie toch weer te maken heeft met zijn perfectionisme en zijn ijdelheid Ook heeft hij zich op school geërgerd aan collega's die de dingen in het honderd lieten lopen
De dertiende zitting staat in het teken van time-management De heer Dijkstra neemt zijn planning mee Hij registreert met welke taken hij bezig is en hoeveel tijd hij per taak besteedt Ook maakt hij een ordening van zijn activiteiten in termen van belangrijkheid Belangrijke taken krijgen voorrang Verder neemt hij zich voor kleine taken direct af te werken en bepaalde onderdelen te delegeren Het afwerken van bepaalde onderdelen (bijv een lesprogramma uitwerken) wordt toegewezen aan een bevriende collega Inmiddels is hij begonnen om voor halve dage te werken. Ook heeft hij met zijn directeur afgesproken meer les te gaan geven en minder administratieve taken te doen
De veertiende en vijftiende zitting staan in het teken van consolidering van de verbetering en het uitbreiden van zijn werkzaamheden Het hanteren van spanning gaat goed tijdens de pauze doet hij ontspanningsoefeningen Ook oefent hij regelmatig met rationele zelfanalyse Deze zittingen worden ook gebruikt om maatregelen te ontwikkelen om terugval te voorkomen Signalen van spanning die aangeven dat hij weer te veel van zichzelf vraagt, moet hij gebruiken om zijn werktempo en de werkhoeveelheid direct te verlagen
Bij follow-up na drie maanden maakt de heer Dijkstra het goed Zijn score op de SCL-90 is laag vergeleken met de normgroep van de normale populatie

10.3 Pathologische rouw

10.3.1 Inleiding

Onder rouw wordt verstaan het geheel van reacties dat optreedt na een verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond (Van der Wal, 1988). In deze omschrijving is dus geen plaats voor reacties na verlies van andere zaken, zoals een lichaamsdeel, werk, vaderland of ideaal, al is het aannemelijk dat de reacties die optreden na dergelijke verliezen een sterke gelijkenis vertonen met de reacties na een overlijden.

Na het verlies van een dierbare treedt gewoonlijk een variëteit aan reacties op (Osterweis e.a., 1984). Kort na het overlijden zijn shock en ongeloof veelvoorkomende reacties. Vaak rapporteert men het idee te hebben in een boze droom te leven; het overlijden lijkt niet echt gebeurd te zijn. Langzamerhand dringt de realiteit door, waarna gedurende

enige tijd het hele dagelijkse leven in het teken staat van het overlijden: 'alles' herinnert aan de overledene. Gevoelens van verdriet komen zo algemeen voor dat het verleidelijk is om verdriet een universele reactie te noemen. Wanhoop, somberheid en machteloosheid zijn eveneens prominente emoties. Uitingen van woede en boosheid zijn ook heel gebruikelijk. Die kunnen gericht zijn tegen zichzelf, tegen anderen (bijv. artsen van wie men kan menen dat ze te kort geschoten zijn), maar ook tegen de overledene. Kenmerkend zijn daarnaast stemmingswisselingen: het ene moment voelt de persoon zich goed en denkt hij alles aan te kunnen; het volgende moment voelt hij zich tot niets in staat. Verder kunnen allerlei ongebruikelijke ervaringen optreden, zoals menen de overledene plotseling op straat te zien en dromen over de overledene. Vaak zegt men het gevoel te hebben dat een deel van zichzelf is afgescheurd.

Het is lange tijd gebruikelijk geweest om deze variëteit aan reacties te beschrijven in termen van fasen of stadia die door de rouwende doorlopen zouden moeten worden, waarna het verlies verwerkt zou zijn (Stroebe e.a., 1994). In overeenstemming hiermee zijn in de literatuur meerdere fasenmodellen voorgesteld (bijv. Bowlby, 1961). In het afgelopen decennium is men sterk teruggekomen van deze fasenmodellen (Osterweis e.a., 1984). Weliswaar kan in een rouwproces een variëteit aan reacties optreden, maar deze hoeven niet allemaal voor te komen. Sommige reacties treden bovendien niet eenmaal, maar herhaaldelijk op. De variëteit aan reacties is zo groot dat niet van fasenmodellen en zelfs niet van 'het' rouwproces gesproken kan worden.

Een momenteel in de hulpverlening populair interpretatiekader voor rouwreacties is dat van Worden (1992). Hierbij wordt uitgegaan van een viertal taken waar de rouwende na het verlies mee wordt geconfronteerd. Deze taken hoeven niet sequentieel te worden volbracht, al lijkt er wel van een zekere tijdsfasering sprake te zijn. Als eerste taak na het overlijden wordt het aanvaarden van de realiteit van het verlies genoemd. Weliswaar kan en mag er in het begin het gevoel zijn dat het overlijden niet echt gebeurd is, maar gaandeweg dient de nabestaande volledig te beseffen en te aanvaarden dat de persoon werkelijk dood is. Als tweede taak noemt Worden het ervaren van de pijn van het verlies. De pijn moet worden erkend en doorleefd. Vaak gaat dit vergezeld van diepe wanhoop, depressiviteit en tal van lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid en slapeloosheid. Een derde taak betreft het zich aanpassen aan het leven waarin de overledene niet meer aanwezig is. Vaak impliceert deze taak dat de nabestaande nieuwe vaardigheden moet verwerven en nieuwe rollen moet aanleren. Zeker in meer traditionele partnerrelaties zal dit het geval zijn. Als laatste taak noemt Worden het weer oppakken van de draad van het leven, alsmede het emotioneel een plaats geven van de overledene. Onder dit laatste wordt niet verstaan het zich losmaken van de verwachtingen van en de herinneringen aan de overledene, maar het vinden van een nieuwe plaats voor de overledene in het leven van de nabestaande, waarbij ruimte is ontstaan voor andere relaties.

Volgens de DSM-IV is er sprake van een (normale) rouwreactie (en geen aanpassingsstoornis) als de reactie op de dood van een dierbare overeenkomt met de verwachtingen. De diagnose aanpassingstoornis is geïndi-

ceerd wanneer de reactie bovenmatig is of langer duurt dan verwacht mag worden. Cruciaal bij deze omschrijving is dus de opvatting wat normale rouw is. Uit onderzoek van de laatste jaren is duidelijk geworden dat de variëteit aan reacties na het overlijden van een dierbare veel groter is dan vroeger gedacht werd (en waarschijnlijk door veel hulpverleners nog steeds wordt gedacht). Sommige nabestaanden zijn slechts gedurende een betrekkelijk korte tijd aangedaan door het verlies en functioneren na enkele dagen of weken weer als vanouds. Uit betrekkelijk recent onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de onderzochte weduwen een maand na het overlijden van hun partner zich interesseerde voor afspraakjes, en dat meer dan een vijfde dergelijke afspraakjes enkele weken na het overlijden inderdaad gehad had. Maar ook is gevonden dat een aanzienlijke minderheid lange tijd met intense rouwreacties kampt (Glick e.a., 1974). Het lijkt erop dat voor een aanmerkelijke minderheid geldt dat zij gedurende meerdere jaren aanzienlijke problemen blijven ondervinden, zonder dat gesproken kan of mag worden van een verstoord rouwproces. Een andere misvatting betreft het idee dat het in gedachten continueren van de band met een overledene gezien moest worden als een teken van verstoorde rouw. Uit onderzoek is duidelijk geworden dat deze reactie eerder normaal dan abnormaal is (Schuchter & Zisook, 1988). Kortom: er bestaan vele vormen van normale rouw.

Er bestaat een tendens om veel van wat vroeger als verstoorde of pathologische rouw gezien werd heden ten dage als normaal te beschouwen. Dit maakt de bespreking van het onderwerp verstoorde of pathologische rouw er niet eenvoudiger op, en maakt tevens het stellen van de diagnose aanpassingstoornis in het geval van afwijkende rouwreacties tot een hachelijke onderneming. Maar er zijn rouwreacties die als verstoord of pathologisch kunnen worden gekenschetst. In de literatuur zijn diverse afwijkende varianten beschreven. De volgende indeling van verstoorde rouw kan dit illustreren (Van den Bout & Kleber, 1994).

a. *Chronische of verlengde rouw.* Hierbij rouwt de nabestaande gedurende jaren. Kenmerkend is dat men het verlies niet kan accepteren, ook niet na lange tijd. Vaak worden bij chronische rouw ook excessieve schuldgevoelens en gevoelens van woede gerapporteerd. Het komt voor dat de nabestaande een ambivalente of afhankelijke relatie met de overledene had. Geschat wordt dat bij 10 tot 15 procent van de verweduwden chronische rouw optreedt. Chronische rouw is vaak moeilijk te diagnostiseren, omdat de kenmerkende rouwreacties qua aard niet wezenlijk verschillen van normale rouw; het onderscheid is primair gelegen in de ernst en duur van de reacties.
b. *Afwezige rouw.* Kenmerkend voor deze reactiewijze is het uitblijven van rouwreacties. Afwezige rouw kan met name optreden na plotselinge, onverwachte verliezen, die daarnaast een traumatisch karakter hebben. Een voorbeeld is een gruwelijk auto-ongeluk waarbij iemands partner overlijdt. De schokkende ervaring van het ongeval met de gruwelijke details van het gebeuren lijken het verlies te overschaduwen. Overigens is het de vraag of afwezige rouw als een vorm van een aanpassingsstoornis gezien kan worden, omdat zich na de

stressor juist geen emotionele en gedragssymptomen voordoen (die immers vereist zijn voor de diagnose aanpassingsstoornis).

c. *Vertraagde rouw*. Het verschil tussen deze reactievorm en afwezige rouw is dat er uiteindelijk – na maanden of soms jaren – alsnog een rouwreactie optreedt. Deze reactievorm komt echter zelden voor (Osterweis e.a., 1984).

d. Naast deze drie vormen van verstoorde rouw noemen we nog als frequent voorkomend algemeen kenmerk van pathologische rouw de *angst voor controleverlies*. Achtergrond van deze angst kan velerlei zijn. Zo kan de patient bang zijn dat het verdriet zo erg wordt dat hij/zij vreest dit niet aan te kunnen.

e. *Depressie*. De afgrenzing van (normale) rouw met depressie is niet eenvoudig te maken. Dat komt doordat depressieve verschijnselen gewoonlijk inherent zijn aan rouw. De depressieve verschijnselen bij rouw kunnen vaak zo intens zijn, dat ze klinisch niet te onderscheiden zijn van een depressieve episode. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van Zisook en Schuchter (1991): ongeveer 40 procent van de verweduwden voldeed in de eerste maand aan de criteria voor een depressieve episode. Geleidelijk verdwijnen doorgaans deze depressieve verschijnselen, maar dit gebeurt zeker niet altijd. Zisook en Schuchter vonden dertien maanden na het overlijden nog dat 15 procent van de verweduwden voldeden aan de criteria van een depressieve episode.

Voorbeeld 2

Maria, 28 jaar, is afkomstig uit Spanje, waar ze een moeilijke jeugd gehad heeft aan de zelfkant van de maatschappij Haar vader heeft ze nooit gekend Ze heeft nauwelijks opleiding, maar komt desondanks over als een daadkrachtige en intelligente vrouw. Ze is doorverwezen door haar huisarts vanwege rouwproblemen, die te maken hebben met de plotselinge dood van haar vriend Peter, nu ruim een jaar geleden, ten gevolge van een autoongeluk Ten tijde van het ongeluk was ze zeven maanden zwanger; haar zwangerschap was niet gepland

De relatie met Peter was complex. hij hield hun relatie in enige mate geheim en ook wilde hij aanvankelijk niet dat het kind geboren zou worden Enkele weken voor het fatale ongeluk zei hij toch erg blij te zijn dat hij een kind zou krijgen, maar dit vertelde hij alleen aan zijn zus. Pas op de begrafenis leerde Maria haar schoonouders kennen; wel kende ze voornoemde zus van Peter.

Na de crematie van haar vriend is ze zo snel mogelijk vertrokken naar haar moeder in Spanje Daar heeft ze veel gehuild Na een week kwam ze terug in Nederland en besloot dat het nu afgelopen moest zijn met haar verdriet, omdat al dat huilen slecht was voor haar baby Ze praatte in de daaropvolgende maanden en ook na de geboorte van haar dochtertje helemaal niet met anderen over het overlijden van Peter Enerzijds was ze bang haar weinige vrienden te verliezen als ze daar aandacht voor vroeg, en anderzijds vroeg ze zich af of ze wel recht op verdriet had. had ze eigenlijk wel een echte relatie met hem gehad?

Bij aanmelding is Maria's dochtertje Anna een jaar oud Over het verlies van Peter praat ze nog steeds niet Ze is bang dat het niet goed is voor haar kind als ze erover zou praten. Ze voelt zich schuldig aan de dood van Peter. 'Doordat ik per ongeluk zwanger raakte, heb ik hem in verwarring gebracht, en daardoor is het auto-ongeluk ontstaan Als de baby er niet was geweest, dan had hij nog geleefd ' Ook heeft ze problemen met betrekking tot haar dochtertje. 'Ik kan er slecht tegen als Anna huilt Ik voel me dan schuldig door wat er in de zwangerschap gebeurd is.' Ze wil Anna al die dingen geven die zijzelf niet gehad heeft Ze is 's avonds, maar ook overdag, urenlang bezig om Anna in slaap te krijgen, waardoor ze weinig tijd voor zichzelf heeft.

Maria voelt zich erg eenzaam Behalve met haar moeder heeft ze geen contact met haar familie, zusjes of broertjes heeft ze niet Het contact met haar schoonfamilie verloopt stroef. Na de begrafenis stelde haar schoonmoeder zich hard en onvriendelijk op 'Jullie relatie betekende niets voor mijn zoon. Hij sliep alleen met je ' Haar schoonvader stelde zich eerst vriendelijk op, maar hield zich vervolgens op de achtergrond Het enige lichtpuntje is dat haar schoonzus weet dat Peter de laatste weken voor het ongeluk blij was vader te worden Als behandelingsdoel formuleert Maria 'met iemand praten over de dingen waar ik vol van ben'. Verder zegt ze emotioneel erg labiel te zijn Ze voelt zich moe en slaapt slecht

10.3.2 Diagnostiek

Uit de literatuur valt geen algemene richtlijn te destilleren over hoe de psychologische reacties na een overlijden het best gemeten kunnen worden (Hansson e.a., 1993). Een belangrijke reden hiervoor wordt gevormd door het gegeven dat normale en pathologische rouw moeilijk af te bakenen zijn. Daarnaast zijn sommige kenmerken van rouw ook symptomen van andere psychopathologische beelden zoals depressie en angststoornissen.

In overeenstemming hiermee bestaan er nauwelijks gestandaardiseerde vragenlijsten om rouwreacties te meten. Twee zelfrapportagevragenlijsten worden echter in de Engelstalige literatuur vaak genoemd (en zijn in het Nederlands vertaald). De eerste is de *Grief Experience Inventory* (GEI) (Sanders e.a., 1985/1991). Deze lijst bestaat uit 135 items en geeft een profiel van rouwreacties, verdeeld over negen dimensies (o.a. wanhoop, schuld, controleverlies, piekeren, en angst voor de dood). Studies van validiteit van de GEI geven bescheiden, maar bemoedigende resultaten. De tweede vragenlijst is de *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG) (Faschingbauer e.a., 1987), die twee subschalen bevat. De eerste subschaal (8 items) heeft betrekking op gevoelens en gedachten ten tijde van het overlijden (de mate waarin het overlijden het leven van de respondent beïnvloedde). De tweede subschaal (13 items) vraagt naar de huidige reacties (huidige emotionele toestand, de mate waarin het overlijden aanvaard kan worden, piekeren, pijnlijke herinneringen). Onderzoek geeft bevredigende resultaten ten aanzien van de validiteit te zien.

Beide vragenlijsten zijn meer geëigend om vormen van rouw op het spoor te komen die duiden op een overreactie (chronische rouw), dan om vormen van onderreactie (afwezige of vertraagde rouw) vast te stellen. Het gebrek aan goed onderzochte vragenlijsten voor rouwreacties leidt ertoe dat in de praktijk een diagnose van verstoorde of pathologische rouw in een klinisch interview wordt gesteld, waarbij doorgaans wel de resultaten van enkele additionele vragenlijsten (bijv. de SCL-90) worden meegewogen.

Voorbeeld 2 (vervolg)

In het geval van Maria laten de scores op de GEI en de TRIG zien dat ze het verlies moeilijk kan accepteren en er veel over piekert Opvallend in haar profiel op de SCL-90 zijn de zeer hoge scores op angst, depressie en slapeloosheid

10.3.3 Behandeling

In deze paragraaf staan interventies centraal die geëigend zijn bij verstoorde of pathologische rouw: het gaat dan om 'rouwtherapie'. Er zijn ook interventievormen ontwikkeld voor nabestaanden die problemen ondervinden als gevolg van het overlijden van een dierbare, maar bij wie die problemen nog niet zodanig zijn dat van verstoorde rouw gesproken kan worden. Dergelijke activiteiten worden aangeduid met de term 'rouwbegeleiding'. Voor kenmerkende uitgangspunten en werkwijzen wordt verwezen naar Worden (1992) en Van den Bout en Kleber (1994). Rouwtherapie is aangewezen om mensen met abnormale of gecompliceerde rouwreacties te helpen. Hoewel het onderscheid tussen ongecompliceerde rouw en pathologische rouw in de praktijk moeilijk te maken is, en parallel hieraan ook het onderscheid tussen rouwbegeleiding en rouwtherapie, bespreken we hieronder enkele interventievormen die bedoeld zijn voor pathologische verliesreacties. Daarnaast geven we resultaten van de effectstudies naar interventies bij pathologische rouw.

Als nabestaanden blijvend problemen hebben met de verwerking van het verlies van een dierbare, dan komt dat doordat ze niet hebben kunnen aanvaarden of verwerken dat een dergelijke ingrijpende gebeurtenis zich in hun leven heeft voorgedaan. In de terminologie van het eerder besproken takenmodel van Worden (1992): ze zijn de realiteit van het verlies (taak 1) blijven vermijden en ze hebben vermeden om zich te confronteren met de pijn die het ervaren van dit verlies met zich meebrengt (taak 2). Het verlies staat bij hen in het dagelijks leven nog sterk op de voorgrond, ook al is het geruime tijd geleden dat de gebeurtenis optrad. Waar het uiteindelijk om gaat is dat de nabestaande verder kan leven in de wetenschap dat het verlies een onuitwisbaar gegeven is, een deel van het eigen levensverhaal. De gebeurtenis staat na een geslaagde behandeling niet meer op de voorgrond, maar staat ook niet helemaal apart van het verdere leven. Gemeenschappelijk aan alle psychotherapeutische benaderingen van verstoorde rouw is dat de vermijdingsreacties worden aangepakt. Deze kunnen op verschillende zaken betrekking hebben.

a. *Vermijding van de realiteit van het overlijden.* Deze vorm van vermijding kan geheel of gedeeltelijk zijn. Een voorbeeld van het laatste is de weduwe die nog jaren na het overlijden van haar man de tafel blijft dekken alsof hij nog aan de maaltijd deelneemt. In extreme gevallen kan deze vorm van vermijding inhouden dat het overlijden geheel geloochend wordt.
b. *Vermijding van gevoelens* Nabestaanden kunnen soms niet toekomen aan gevoelens over het geleden verlies. Achtergrond hiervan kan de gedachte zijn dat men meent de intensiteit van de verdrietgevoelens niet aan te kunnen. Zo was bij Maria de blokkerende gedachte dat zij niet het recht had om verdrietgevoelens te hebben, omdat zij dacht geen volwaardige partnerrelatie met haar verongelukte vriend gehad te hebben. Ook kan het zijn dat men 'moeilijke' gevoelens uit de weg gaat. Voorbeelden zijn schuldgevoelens die betrekking kunnen hebben op de opvatting dat men bepaalde zaken heeft nagelaten of juist heeft gedaan die mede tot het overlijden hebben geleid. Ook kunnen

deze gevoelens betrekking hebben op gevoelens van kwaadheid jegens de overleden partner die de achterblijvende maar mooi heeft laten zitten.

c. *Vermijding van bepaalde situaties of voorwerpen.* Veel voorkomend is het vermijden van situaties die op de een of andere wijze het verlies weer onder de aandacht brengen. Nabestaanden hebben er soms moeite mee om bepaalde plaatsen of gelegenheden te bezoeken die hen herinneren aan de overledene. Zo kunnen sommige nabestaanden het niet aan om foto's van de overledene te zien.

d. *Vermijding van praten over het geleden verlies.* Zelfs de geringste verwijzing in een gesprek naar het overlijden van de dierbare kan voor sommige nabestaanden te veel zijn. Een kenmerkend gevolg is dat vrienden en bekenden zo min mogelijk praten over het geleden verlies, waarna de nabestaande zich soms verder terugtrekt.

Er is ogenschijnlijk een tegenstelling tussen de bewering dat nabestaanden met een verstoord rouwproces op verschillende manieren vermijden, en de bewering dat het verlies altijd op de voorgrond staat bij dergelijke nabestaanden. Toch is deze tegenstelling alleen schijnbaar. Als mensen last blijven houden van klachten ten gevolge van een verliesgebeurtenis, kan er sprake zijn van twee reacties: een onderreactie en een overreactie. Bij een *onderreactie* toont iemand nauwelijks enige reactie op de gebeurtenis. Dit kan (maar het hoeft niet) op een verwerkingsstoornis wijzen (bijv. afwezige of vertraagde rouw), waarvoor psychotherapeutische hulp gewenst is. Aanwijzingen voor een verwerkingsstoornis zijn dan gewoonlijk andere klachten die iemand ontwikkeld heeft. Hij slaapt bijvoorbeeld slecht, is snel geïrriteerd en heeft last van stemmingsschommelingen, die voor het overlijden niet voorkwamen.

Bij een *overreactie* (die kan uitlopen in chronische rouw) is de patiënt dag in dag uit bezig met het verlies; hij is er als het ware door geobsedeerd. Het lijkt vreemd, maar in feite is zo'n patiënt ook bezig met allerlei zaken te vermijden. Het voortdurend bezig zijn met die ervaring is voor de patiënt een manier om de belangrijke zaken rond het verlies af te houden. Vaak komt dit naar voren als men wat scherper kijkt en luistert, en enkele eenvoudige zaken inventariseert. Dan kan blijken dat hij weliswaar elk uur aan de overledene denkt, maar nog nooit een foto van de overledene heeft durven bekijken, of nog nooit naar het graf is geweest. Kortom: er hoeft geen tegenstelling te bestaan tussen het voortdurend bezig zijn met het verlies en het vermijden van allerlei zaken die ermee verbonden zijn. De gedachten hebben een intrusief karakter en de patiënt probeert dit soort gedachten, zonder veel succes, steeds te vermijden.

In rouwtherapieën worden de bovengenoemde vermijdingsreacties behandeld. Dat gebeurt door de patiënten te stimuleren om zich bloot te stellen aan allerlei zaken rondom het geleden verlies (exposure). Psychotherapieën die effectief zijn, blijken alle die exposure-component te bevatten.

Bij de *gedragstherapeutische aanpak* staat de gedachte centraal dat een verstoord rouwproces vrijwel altijd ontstaat doordat de rouwende essentiële zaken rondom het verlies vermeden heeft en nog steeds vermijdt (Ram-

say, 1975). Herinneringen en gedachten aan de overledene zijn te pijnlijk en worden dus vaak vermeden. Dat geldt ook voor bepaalde voorwerpen of dingen die de rouwende op de een of andere wijze aan de overledene doen denken, zoals een foto of de rouwadvertentie. Merkwaardigerwijs is ook het omgekeerde mogelijk: soms houden rouwenden bepaalde voorwerpen voortdurend tot hun beschikking in een kennelijke poging om de band met de overledene te blijven houden In zo'n geval fungeert de aanwezigheid van dergelijke voorwerpen als een manier om het verlies niet onder ogen te zien, als een vorm van vermijding.

Een gedragstherapeut zal bij exposure gebruik maken van dergelijke door de rouwende vermeden voorwerpen of situaties, door deze expliciet aan de rouwende aan te bieden Die situaties of voorwerpen functioneren dan als een middel om de patient als het ware te dwingen het verlies door te werken. Mawson e.a , (1981) onderzochten in een gecontroleerde studie de effecten van een gedragstherapeutische interventie, die zij 'guided mourning' noemden. Hierbij werden nabestaanden met problematische rouwreacties in werkelijkheid en in gedachten blootgesteld aan vermeden situaties en herinneringen aan de overledene. Een controlegroep ontving een hieraan tegengestelde aanpak: door middel van gedachtenstop en ontspanningsoefeningen werd gepoogd om eventueel aanwezige gedachten aan het geleden verlies tegen te gaan. De resultaten wezen uit dat de experimentele groep na afloop van de therapie minder depressieve reacties en minder intense rouwreacties vertoonde. Sireling e.a , (1988) repliceerden dit onderzoek en vonden soortgelijke resultaten

In *cognitieve therapie* worden, vaak naast de vermelde gedragstherapeutische methoden, bepaalde opvattingen bewerkt die bij nabestaanden tot extra emotionele problemen kunnen leiden (Kavanagh, 1990) Voorbeelden zijn de opvattingen die nabestaanden kunnen hebben over hoe zij zich hadden moeten gedragen bij het sterfbed van hun partner. Zo kunnen ze achteraf van mening zijn dat ze veel flinker hadden moeten zijn tijdens de laatste levensdagen en dat ze meer hadden moeten doen voor hun partner. Ook kunnen ze ermee zitten dat ze na het overlijden lange tijd van slag zijn geweest. Zij nemen het zichzelf dus kwalijk dat zij niet zo perfect gehandeld hebben als zij van zichzelf eisen. Hun problemen worden in zo'n geval vergroot door irreële eisen die zij aan zichzelf stellen: niemand in hun omgeving eist dat van hen, zij eisen het louter van zichzelf En hun emotionele problemen zouden aanmerkelijk verminderen als ze zouden inzien en aanvaarden dat zij niet volmaakt hoeven te zijn en dus ook fouten mogen maken.

Een ander voorbeeld van belemmerende gedachten zijn de ideeën van nabestaanden over hoe anderen zich na het overlijden moeten gedragen. Nabestaanden kunnen onredelijk kwaad en verbitterd worden als ze eisen dat hun omgeving zich maandenlang op een begripvolle en ondersteunende manier moet gedragen. Cognitieve therapeuten zullen in zo'n geval de nabestaande het onderscheid proberen duidelijk te maken tussen de eis dat anderen zich zo moeten gedragen en de wens dat ze dat doen. Als een patiënt er na het overlijden van een dierbare moeite mee heeft zich te realiseren dat het verlies definitief is, kan de therapeut sa-

men met de patient op zoek gaan naar de achtergronden hiervan. Naar voren kan komen dat de patiënt de overtuiging heeft gehad dat het in feite de overleden partner was die hun leven bepaalde en dat de achterblijvende niet in staat is om eigen keuzen in het leven te maken. Patient is bang de verkeerde keuze te maken en kan pas een keuze maken als de garantie er is dat het ook de juiste zal zijn. De therapeut kan de patiënt duidelijk maken dat dit een absurde eis is en dat aan een keuze altijd enige onzekerheid inherent is

Als de patiënt wel de sterke neiging heeft om allerlei gevoelens rondom het verlies te uiten maar dat niet doet, zal de therapeut proberen te achterhalen wat hiervoor de redenen zijn Gewoonlijk blijkt dat de patiënt die gevoelens niet durft te uiten. Hij is er bang voor. In zo'n geval zal de cognitief therapeut de opvattingen proberen te achterhalen die leiden tot deze angst. Het kan blijken dat de patient bang is de controle over zichzelf te verliezen wanneer hij die emoties toelaat Misschien is hij zelfs bang gek te worden als dit gebeurt. Ook is het mogelijk dat de patiënt denkt voor gek te staan wanneer hij zijn emoties uit; dit kan zowel van toepassing zijn op goede vrienden als op de therapeut zelf In dergelijke gevallen zal de therapeut proberen deze opvattingen van de patiënt ter discussie te stellen en zal hij proberen de patient te laten zien en vooral te laten geloven dat er werkelijk geen grote rampen gebeuren als hij zijn emoties uit over het geleden verlies. Als de patiënt geleidelijk aan geloof gaat hechten aan deze nieuwe opvattingen, zal hij vervolgens de stap kunnen zetten om wel zijn gevoelens over het verlies te uiten

Brom e a. (1989) verrichtten een studie met vier condities· kortdurende dynamische therapie, gedragstherapie (i.c. systematische desensitisatie), hypnotherapie en een wachtlijstconditie. Alle patiënten hadden de diagnose posttraumatische stress-stoornis gekregen, maar de meeste deelnemers hadden te maken gehad met het overlijden van de partner of een kind. Globaal gezien behaalden de deelnemers in de drie therapeutische condities betere resultaten dan in de controleconditie Zoals de onderzoekers zelf ook concluderen, suggereren deze resultaten, alsmede die van ander empirisch onderzoek, dat psychotherapie bij pathologische rouw werkzaam is, hoe verschillend de therapeutische scholen ook de rouwvermijdende reacties behandelen.

Terzijde merken we op dat uit het voorbeeld van Maria blijkt dat de hierboven gegeven indeling van vormen van pathologische rouw niet geheel sluitend is. Vertraagde rouw is een term die op de klachten van Maria niet van toepassing is, omdat er in feite geen duidelijke rouwreacties waren. Afwezige rouw is eveneens niet passend, omdat Maria in de eerste week hevige rouwreacties had.

Voorbeeld 2 (vervolg)

Maria had gedurende de eerste week na de begrafenis veel verdriet gehad om het overlijden van Peter, maar daarna had ze om verschillende redenen besloten dat het over moest zijn Het lijkt voor de hand te liggen dat haar klachten primair te maken hebben met onvoldoende gerouwd hebben Bij aanvang gaat de therapeut ervan uit dat het verlies van Peter en de geboorte van de dochter tezamen grote eisen stellen aan haar aanpassingsmogelijkheden

De therapeut besluit om eerst aandacht te besteden aan Maria's moeizame manier van omgaan met haar kind Anna Weliswaar heeft die omgangsstijl te maken met haar reactie op het overlijden van Peter (zij voelt zich ook schuldig ten opzichte van Anna, omdat zij meent een zeker aandeel te hebben in Peters auto-ongeluk), maar toch denkt de therapeut dat er voldoende ruimte is om in de pedagogische aanpak van Maria veranderingen aan te brengen Op zijn aanraden leest zij een boekje over het verzorgen en opvoeden van kinderen Ook ziet ze in dat het urenlang proberen Anna in slaap te krijgen ertoe leidt dat zij niet snel meer in slaap valt Dit alles heeft als resultaat dat de eerste verbeteringen optreden bij de slaapproblemen van haar kind en dit heeft tot gevolg dat zij meer tijd voor zichzelf krijgt en minder moe is

De therapeut besluit vervolgens om de belemmeringen aan te pakken die maken dat Maria niet aan het rouwen over het verlies toekomt Ingegaan wordt op haar vreemde opvatting dat ze geen recht heeft op verdriet, omdat ze geen volwaardige relatie met Peter heeft gehad Dat idee is gevoed door sommige vrienden van Peter en ook door opmerkingen van Peters moeder Geexploreerd wordt hoe Peter hun relatie nu zou zien Geleidelijk aan realiseert Maria zich dat zij voor zichzelf kan uitmaken hoe belangrijk de relatie met Peter voor haar geweest is en dat zij verdriet mag hebben over het verlies van Peter

Een hiermee verwant obstakel is haar gedachte dat ze ook geen recht heeft om verdrietig te zijn, omdat dit Peter belemmert in zijn ontwikkelingsgang in het hiernamaals De therapeut gaat mee met haar denkwijze over het voortleven van Peter en gaat met haar na hoe Peter haar en zijn dochtertje nu zou zien op aarde Zou hij eisen dat zij geen verdriet zou mogen hebben? Zij ziet in dat Peter niet zo zou reageren Op soortgelijke wijze worden haar schuldgevoelens over het ongeval besproken

De therapeut overweegt een behandeling met behulp van exposure, waarbij aan de hand van verschillende stimuli Maria gedwongen wordt de realiteit van het verlies onder ogen te zien In dat kader wordt een aantal objecten en situaties geinventariseerd die Maria vermijdt, zoals de rouwadvertentie, foto's van Peter en haarzelf en een aantal spullen op zolder Uiteindelijk besluit de therapeut de voorgenomen confronterende aanpak niet door te zetten Aanleiding hiervoor is een droom van Maria, waarin Peter afscheid van haar neemt en zegt voor altijd te vertrekken Dat is heel anders dan de inhoud van eerdere dromen, waarin Peter op vakantie was en dus binnenkort weer terug zou komen De therapeut ziet deze droom als een teken dat Maria zelf het rouwproces aangaat Ze kan dat aan doordat de eerder vermelde obstakels geslecht zijn Deze inschatting lijkt te kloppen ook zonder confronterende aanpak begint Maria met het verwerken van het verlies van Peter

Bij follow-up na zes maanden blijkt zij geen symptomen van betekenis meer te hebben en bij telefonisch contact na twee jaar is zij niet teruggevallen Het contact met de schoonouders is hersteld schoonvader heeft een hobbelpaard voor Anna geknutseld

10.4 Beschouwing

De behandeling van de burnout van de heer Dijkstra (voorbeeld 1) bestond uit de volgende elementen.

a een rationale die aannemelijk maakt dat de klachten een normale reactie zijn op een abnormale situatie (steeds meer werk naar zich toe trekken);
b. het herkennen en beïnvloeden van de spanningssignalen middels registratie, ontspanningsoefeningen, conditieverbetering en hobbyactiviteiten;
c het aanpakken van de werkproblemen via assertiviteit, time-management en werkinhoud;
d het confronteren met de persoonlijkheidstrekken en dysfunctionele gedachten via cognitieve therapie en gedragsexperimenten;
e. terugvalpreventie door sensitiseren voor signalen van spanning en preventieve maatregelen.

Het voorbeeld heeft laten zien dat werkhervatting soms voorzichtig moet worden geentameerd Opvallend bij de gepresenteerde gevalsbeschrijving is dat de patient tot een functieverandering komt Dit lijkt dan ook een cruciale stap in de behandeling te zijn en wordt vaker gerapporteerd (Schaufeli, 1995). Het nadeel is dat het een halfjaar heeft geduurd voordat patient voor behandeling werd aangemeld Terluin (1994) laat bij overspannenheid zien hoe cruciaal het is om zo snel mogelijk te beginnen met de behandeling.

De behandeling van de rouwproblematiek van Maria (voorbeeld 2) heeft uit twee stappen bestaan.

a. het brengen van rust in haar leven en daardoor het scheppen van een voorwaarde om het rouwproces op gang te brengen,
b. het geleidelijk opheffen van vermijdingsgedrag en dysfunctionele cognities.

Hierdoor is Maria zich gaan realiseren dat het verlies onherstelbaar was en dat zij afscheid moest nemen van de overledene. Afscheid nemen betekent niet dat men nooit meer aan de overledene mag denken Het betekent ook niet dat men de ander in de steek laat. Met laat de ander achter, totdat er om welke reden dan ook weer een moment is dat men aan de overledene denkt. Het betekent vooral de draad van het eigen leven weer oppakken, zonder dat de overledene bij voortduring 'patient' aanwezig is

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat het bij aanpassingsstoornissen gaat om een grote verscheidenheid aan symptomen Daarnaast hebben we duidelijk willen maken dat er accentverschillen zijn in de wijze waarop deze symptomen geïnterpreteerd moeten worden Bij chronische stress en burnout is de aanpak van de centrale symptomen (oververmoeidheid, spanningsklachten) noodzakelijk om de demoralisatie op te heffen en vervolgens de patiënt te confronteren met de determinanten van zijn klachten. Deze liggen in de combinatie van zijn kwetsbare persoonlijkheid en de (werk)situatie Bij de behandeling van pathologische rouw zijn de symptomen eerder een teken dat de rouwverwerking op gang gebracht moet worden Daarbij kan het van belang zijn om direct de klachten te verminderen, om zodoende voorwaarden te scheppen voor een succesvolle afronding van het rouwproces

De hierboven beschreven behandeling is toepasbaar bij aanpassingsstoornissen waarbij sprake is van meervoudige, telkens terugkerende en continue stressoren. Het spreekt voor zich dat ook aanpassingsstoornissen bij enkelvoudige gebeurtenissen (verbreken van een relatie, zakelijke problemen) en bij specifieke overgangsfasen in de ontwikkeling (academische veranderingen, uit huis gaan, geboorte van een kind, veranderingen in de carrière, bereiken van pensioengerechtigde leeftijd) effectief behandeld kunnen worden

10.5 Literatuur

Albersnagel, F.A & Boelens, W (1991) Cognitieve therapie In· W. Vandereycken, C A L Hoogduin & P M G Emmelkamp (red), *Handboek psychopathologie Deel 1* (pp 97-107) Houten/Zaventem. Bohn Stafleu Van Loghum

Arrindell, W A & Ettema, J H M (1986) *SCL-90 Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator* Lisse Swets & Zeitlinger

Arrindell, W A , Groot, P M de & Walburg, J A (1984) *De schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG) Handleiding, deel 1* Lisse· Swets & Zeitlinger.

Bergers, G P A , Marcelissen, F H G & Wolff, Ch J de (1986) *Handleiding Vragenlijst Organisatiestress – Doetinchem* Nijmegen Psychologisch Laboratorium

Borkovec, T D , Johnson, M C & Block, D L. (1984) Evaluating experimental designs in relaxation training In R Woolfolk & P Lehrer (red), *Principles and practice of stress management training* (pp 115-128) New York Guilford Press

Bout, J van den & Kleber, R J (1994) *Omgaan met verlies en geweld een leidraad voor rouw en traumaverwerking* Utrecht Kosmos

Brom, D , Kleber, R J. & Defares, P B (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 607-612

Bowlby, J (1961) Process of mourning *International Journal of Psychoanalysis, 42,* 317-340

Faschingbauer, T R , Zisook, S. & DeVaul, R. (1987) The Texas Revised Inventory of Grief In S Zisook (red), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp 111-124) Washington, DC American Psychiatric Press

Feuerstein, M , Labbé, E E & Kuczmierczyk, A R (1986) *Health psychology A psychobiological perspective* New York/Londen. Plenum Press

Freudenberger, H J (1974) Staff burnout *Journal of Social Issues, 30,* 159-165

Glass, D C , McKnight, J D & Valdimarsdottir, H (1993) Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 147-155

Glick, I O , Weiss, R S & Parkes, C M (1974) *The first year of bereavement* New York Wiley

Hansson, R O , Carpenter, B N & Fairchild, S.K (1993) Measurement issues in bereavement In M S Stroebe, W Stroebe & R O Hansson (red), *Handbook of bereavement Theory, research and intervention* (pp 62-77) Cambridge Cambridge University Press

Heyman, Th (1990) *'Overspannen' een praktische handleiding ter herkenning en voorkoming van burnout* Utrecht SWP

Higgins, N C (1986) Occupational stress and working women The effectiveness of two stress reduction programs *Journal of Vocational Behavior, 29,* 66-78

Hobfoll, S E & Freedy, J (1993) Conservation of resources A general stress theory applied to burnout In W B Schaufeli, C Maslach & T Marek (red), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp 115-129) Washington, DC Taylor & Francis

Hoogduin, C A L (1987) Enige opmerkingen over twijfelzucht en het nemen van beslissingen *Directieve Therapie, 7,* 63-70

Houben, M E (1983) Slapeloosheid In. J Orlemans e a (red), *Handboek gedragstherapie* (pp C0 10-1 e v) Deventer Van Loghum Slaterus

Kavanagh, D J. (1990) Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions *British Journal of Psychiatry, 157,* 373-383

Luteijn, F , Starren, J & Dijk, H van (1985) *De Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst handleiding* Lisse. Swets & Zeitlinger

Maslach, C (1993) Burnout A multidimensional perspective In W B Schaufeli, C Maslach & T Marek (red), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp 19-32) Washington, DC Taylor & Francis

Maslach, C & Jackson, S E (1986) *MBI Maslach Burnout Inventory, manual research edition* Palo Alto Consulting Psychologists Press

Mawson, D , Marks, I M , Ramm, L & Stern, R S (1981) Guided mourning for morbid grief A controlled study *British Journal of Psychiatry, 138,* 185-193.

Methorst, G , Hoogduin, C & Schaap, C (1994) Zelfregistratie van angststoornissen In C P F van der Staak, C A L Hoogduin & C P D R Schaap (red), *Over het effectief behandelen van angststoornissen* (pp 37-47) Nijmegen Bureau Bêta

Ost, L G , Fellenius, J & Sterner, U (1991) Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia *Behaviour Research and Therapy, 29*, 561-574

Osterweis, M , Solomon, F & Green, M (red) (1984) *Bereavement Reactions, consequences and care* Washington, DC National Academy Press

Pines, A & Aronson, E (1983) Combatting burnout *Children and Youth Services Review, 5*, 263-275

Pines, A. & Aronson, E (1988) *Career burnout Causes and cures* New York The Free Press

Ramsay, R (1975) Rouwtherapie de gedragstherapeutische behandeling van pathologische rouwproblemen In J Orlemans, W Brinkman, W P Haaijman & E J Zwaan (red), *Handboek gedragstherapie* (pp B 4 20 1-20) Deventer Van Loghum Slaterus

Sanderman, R (1994) Aanpassingsstoornissen en verwante gebieden In W Vandereycken, C A L Hoogduin & P M G Emmelkamp (red), *Handboek psychopathologie Deel 1* (pp 385-394) Houten/Zaventem Bohn Stafleu Van Loghum

Sanders, C M , Mauger, P A & Strong, P A (1985/1991) *A manual for the Grief Experience Inventory* Palo Alto, CA Consulting Psychologists Press/Charlotte, NC Center for the Study of Separation and Loss

Schaap, C , Meulenbeek, P & Hoogduin, C A L (1990) De behandeling van agressief gedrag middels zelfcontrole-procedures In P B Defares & J D van de Ploeg (red), *Agressie determinanten, signalering en interventie* (pp 481-501) Assen Van Gorcum

Schaufeli, W B (1995) The evaluation of a burnout workshop for community nurses *Journal of Health and Human Resources Administration*, in druk

Schaufeli, W B & Dierendonck, D van (1993) The construct validity of two burnout measures *Journal of Organizational Behavior, 14*, 631-647

Schaufeli, W.B & Dierendonck, D van (1994) Burnout, een concept gemeten de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL) *Gedrag en Gezondheid, 22*, 153-172

Schaufeli, W B , Enzmann, D & Girault, N (1993) Measurement of burnout A review In W B Schaufeli, C Maslach & T Marek (red), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp. 199-215) Washington, DC Taylor & Francis

Schaufeli, W B , Kladler, A , Schaap, C & Hoogduin, C A L (1995) *Burnout in an outpatient setting* (ongepubliceerd rapport)

Schaufeli, W B , Maslach, C & Marek, T (red) (1993) *Professional burnout Recent developments in theory and research* Washington, DC Taylor & Francis

Schuchter, S R & Zisook, S (1988) Widowhood The continuing relationship with the dead spouse *Bulletin of the Menninger Clinic, 52*, 267-279

Sireling, L , Cohen, D & Marks, I M (1988) Guided mourning for morbid grief A controlled replication *Behavior Therapy, 19*, 121-131

Smith-van Rietschoten, W & Hoogduin, C A L (1991) Angst voor spreken in het openbaar *Directieve Therapie, 11*, 43-57

Stroebe, M , Bout, J van den & Schut, H (1994) Myths and misconceptions about bereavement The opening of a debate *Omega, Journal of Death and Dying, 29*, 187-203

Terluin, B (1994) *Overspanning onderbouwd* (dissertatie) Utrecht Universiteit Utrecht

Turk, D C , Meichenbaum, D & Genest, M (1983) *Pain and behavioral medicine A cognitive behavioral perspective* New York Guilford Press

Wal, J van der (1988) *De nasleep van suicides en dodelijke verkeersongevallen* Leiden DSWO Press

Worden, W J (1992) *Verdriet en rouw Gids voor hulpverleners en therapeuten* Amsterdam Swets & Zeitlinger

World Health Organization (1994) *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen* Lisse· Swets & Zeitlinger

Zisook, S. & Schuchter, S.R (1991) Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1346-1352