

HET VERLIES VAN EEN KIND
HET EFFECT VAN
TRANSPERSONLIJKE REGRESSIETHERAPIE
BIJ (GECOMPLICEERDE) ROUW

Scriptie Transpersoonlijke Regressie Therapie (versie 2.0)
Tasso Instituut 2011-2014
20 juni 2014; Bert J. Smit

Samenvatting

Met behulp van een pilot-onderzoek werden aanwijzingen gevonden dat transpersoonlijke regressietherapie een effectieve interventie biedt voor ouders na het verlies van een kind.

Een leidraad voor intake en regressietherapie kon worden ontwikkeld waarbij ter evaluatie drie vragenlijsten werden toegepast, te weten: de Regressie Vragenlijst (RVL), de Korte Klachten Lijst (KKL) en de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Met name wanneer er sprake was van meerdere verlieservaringen en van verschijnselen van gecompliceerde rouw leek transpersoonlijke regressietherapie een reductie van aan rouw gerelateerde klachten op te leveren (met name in de score van de RVL en KKL). Tevens is gebleken dat transpersoonlijke regressietherapie een merkbaar (subjectief) positief effect heeft op het welbevinden van de cliënt.

Hiermee is een basis gelegd voor vervolgonderzoek dat in de Society for Medical Advance and Research with Regression Therapy (SMAR-RT) zal worden besproken.

Er is geen einde en geen begin
aan deze tocht, geen toekomst, geen verleden,
alleen dit wonderlijk gespleten lange heden.

bron: laatste deel uit 'Afsluitdijk' van M. Vasalis

Inleiding

Het verlies van een kind kan worden opgevat als één van de meest traumatische en moeilijk te verwerken levenservaringen. De intieme band, de zielsverbinding tussen ouder en kind wordt vroegtijdig en vaak onverwacht beëindigd. Het verlies van een kind kan het gevolg zijn van een korte en hevige of van een langdurige of zelfs chronische ziekte, van een ongeval, een misdrijf of van zelfdoding. Het kan ook een verlies zijn vanwege een ante- of perinataal overlijden, d.w.z. tijdens de zwangerschap van een inmiddels levensvatbaar kind (> 24 zwangerschapsweken), een overlijden tijdens de bevalling of kort na de geboorte. Er zijn vrijwel altijd gebeurtenissen die aan het verlies vooraf zijn gegaan of die er later op zijn gevolgd. Deze kunnen voor de ouders en nabestaanden traumatisch zijn geweest of geworden. Regressietherapie geeft mogelijkheden om traumatische en andere belangrijke ervaringen te herbeleven, nieuwe inzichten te verkrijgen en het verlies van een kind een nieuwe betekenis te geven.

Een lezing bij de Vereniging ‘Ouders van een Overleden Kind’ (VOOK)

De Vereniging

De Vereniging ‘Ouders van een Overleden Kind’ (VOOK) is een landelijke zelfhulporganisatie die begrip en medeleven wil bieden aan lotgenoten. Op hun website staat: *‘Wanneer je kind sterft val je in de duisternis en de chaos van tomeloos verdriet: de wereld is vergaan. Veel meer ouders ondergaan deze traumatiserende ervaring dan over het algemeen wordt gedacht. Vele ouders dragen daardoor een onvoorstelbaar groot verdriet met zich mee, dat bepalend is voor de rest van hun leven. Hoe daarmee om te gaan? Hoe overleef je dat?’*

‘In 1981 hebben een aantal ouders met deze gemeenschappelijke ervaring de Vereniging ‘Ouders van een Overleden Kind’ opgericht. Zij ontdekten dat het delen van gevoelens, angsten en wanhoop hen in staat stelde overeind te krabbelen en hun leven opnieuw op te bouwen; een leven weliswaar, dat nooit meer zal zijn wat het ooit is geweest. ‘Het verdriet blijft. Wanneer je kind sterft word je getroffen door levenslang verdriet, dat is de prijs die je betaalt voor de liefde voor je kind. Die liefde blijft bestaan over de grens van de dood heen.’

De VOOK in de regio Zuid-Holland komt bijeen in het inloophuis ‘De Boei’ in Rotterdam Zuid. Zij organiseren regiomiddagen met onder meer voordrachten van voornamelijk lotgenoten, van wie het kind al langere tijd geleden is overleden. Het uitgangspunt voor deze voordrachten is de wijze waarop het kind is overleden en de wijze waarop met het verdriet is omgegaan. Centraal staan de erkenning en de herkenning van ervaringen van en voor lotgenoten.

Als eerste ‘niet lotgenoot’ kreeg ik de gelegenheid een voordracht te verzorgen, waarbij mij werd gevraagd te vertellen wat een overlijden van een kind met mij als kinderarts en met ons als zorgverleners in een ziekenhuis persoonlijk doet.

Lotgenoot of niet ?

Wat maakt iemand tot een lotgenoot. Ieder verlies is anders, maar er zijn ook vele overeenkomsten. De grootste verliezen die ik persoonlijk geleden heb zijn die van mijn moeder (op 56 jarige leeftijd; ik was toen 20 jaar oud), mijn beste school- en studievriend (op 41 jarige leeftijd, ik was toen 40 jaar oud) en van mijn vader (op 81 jarige leeftijd, ik was toen 41 jaar oud). Als kinderarts – neonatoloog heb ik talloze patiënten verloren, soms direct bij de geboorte, bijvoorbeeld na een mislukte reanimatie. Vaker was er sprake van een medische beslissing rond het levenseinde, vanwege ernstige aangeboren of verworven afwijkingen, die de medische behandeling kansloos of zinloos maakten. Ook al kwam of komt in een perinataal centrum een verlies vaker voor – 10 % van alle kinderen die worden opgenomen sterft - het went natuurlijk nooit.

Het overlijden van een kind blijft een indrukwekkend en ingrijpend verlies. De medische beslissing daaromtrent legt een zware verantwoordelijkheid op de schouders van het behandelteam. Met name de eindverantwoordelijkheid voor de medisch specialist valt zwaar en de begeleiding van de ouders is daarbij een grote uitdaging. Het leidt vrijwel zonder uitzondering tot een professioneel bijzondere en persoonlijk betekenisvolle ervaring.

Intimiteit rond geboorte en sterfte

Aanwezig te zijn bij de geboorte van een kind en bij het sterven maakt je deelgenoot van gebeurtenissen die doorgaans slechts in een kleine intieme familiekring plaatsvinden. Als kinderarts heb je daarbij vooral een professionele rol maar toch is het ontegenzeggelijk zo dat deze gebeurtenissen je diep raken en grote indruk maken en herinneringen achterlaten. Met sommige ouders heb je na de geboorte, na het ziektebeloop en het overlijden nog veelvuldig en langdurig contact. Dit kan meestal gebeuren omdat van beide kanten er iets is ervaren dat je voor langere tijd, misschien wel levenslang, met elkaar verbindt.

Stervensfase

De stervensfase van een pasgeborene is vaak omgeven door grote onzekerheid. Hoe lang zal het duren, wanneer zal het kind daadwerkelijk overlijden en belangrijker nog: hoe zal dat gaan. Als kinderarts is het van groot belang om aandacht te besteden aan de onzekerheden en angsten die hierover bij de ouders kunnen bestaan. Wij kunnen medisch en verpleegkundig alles in het werk stellen om het lijden van het kind te verlichten en het comfort te vergroten. We leggen de ouders uit welke behandeling kan of moet worden gegeven of juist afgebouwd of zelfs gestopt. Soms is met enige betrouwbaarheid te voorspellen op welke termijn het kind zal sterven, maar soms is dat niet mogelijk. In het ziekenhuis wordt veel aandacht besteed aan privacy aspecten, het ouders mogelijk maken zich te kunnen terugtrekken met hun kind in een eigen ruimte met desgewenst andere aanwezigen (denk aan broertjes, zusjes van het kind, (groot)ouders en beste vrienden). Ook wordt getracht herinneringen veilig te stellen door foto's te (laten) maken. Er wordt aandacht besteed aan het verrichten van rituelen (bijvoorbeeld doop). Er dient (zo mogelijk) voldoende tijd en rust te zijn om afscheid te nemen. De zorgverleners hebben daarbij naar ouders toe een faciliterende en ondersteunende rol. Als kinderarts dien je als het zover is de dood te constateren. Met behulp van een stethoscoop wordt naar de hartslag geluisterd en wordt de dood vastgesteld als deze niet meer hoorbaar is.

Dat is meestal een heftig moment voor de ouders maar ook voor de arts. Daarna volgt verzorging van het kind, waarbij de ouders een rol wordt aangeboden (wassen, aankleden) en opnieuw het veiligstellen van herinneringen (foto's, een haarlok, voetafdrukje in gips, navelklem, naambandje, etc.).

Voor de kinderarts volgt een aantal administratieve handelingen (overlijdensformulieren). Er dient met elkaar te worden gesproken over een eventuele obductie of het verrichten van ander postmortaal onderzoek (moeilijkste vraag op moeilijkste moment) en over het mee naar huis gaan, opbaren, het inschakelen van een begrafenisondernemer, over begraven of cremieren en over het versturen van geboorten/of overlijdensbericht.

Nazorg

Meestal volgt er een nagesprek 6 tot 8 weken na het overlijden, liefst met de kinderarts en de verpleegkundige die bij het overlijden aanwezig waren. Er wordt dan gesproken over het ziektebeloop en over eventuele nagekomen uitslagen. Vragen van ouders worden zo goed mogelijk beantwoord. Ook wordt er ingegaan op de beleving van de ouders van de ziekenhuisopname. Hoe hebben zij het ervaren, welke moeilijkheden hebben zij erbij ondervonden. Wat had er anders of beter kunnen gaan.

Hoe gaan zij om met het verlies. Hoe is hun rouwverwerking op gang gekomen? Is de eerste periode van ontredde achter de rug? Hoe moet het nu verder? Bestaat er een behoefte aan een vervolggesprek en is er eventueel behoefte aan professionele ondersteuning t.b.v. verdere rouwverwerking?

Relaties en rouw

In de praktijk is mij gebleken dat ouders vrijwel altijd verschillend rouwen, zoals zij ook qua persoonlijkheidskenmerken van elkaar kunnen verschillen. Bij een perinatale sterfte heeft de moeder vaak een trauma te verwerken die met haar zwangerschap en haar eigen gezondheid te maken heeft en daarmee verband houdt met haar vrouw zijn, haar vermogen tot moederschap. De vader heeft vaak een periode achter de rug met grote zorgen over vrouw en kind, maar heeft niet de fysieke ervaring van zwangerschap en bevalling, alhoewel deze vaak grote emotionele en mentale impact op hem hebben gehad. Vaak rouwt de moeder sneller en schuift de vader deze nogal eens voor zich uit. Werkhervatting speelt hierbij een grote rol. Het verlies van een kind kan een relatie hechter maken. Er bestaat ook een gevaar dat mede door eventuele verschillen in rouwverwerking de partnerrelatie onder spanning komt te staan, dat er teleurstelling in de ander ontstaat en er zelfs zodanig onbegrip of verwijdering tussen de partners optreedt dat dit tot (echt)scheiding kan leiden. Als kinderarts heb ik altijd getracht om aandacht te besteden aan de natuurlijke verschillen in rouwverwerking tussen beide partners. Ik gaf het advies er vooral samen (zo nodig met professionele hulp) veel over te (blijven) praten en ook de eventuele verschillen en moeilijkheden daarbij bespreekbaar te maken. Ook werd een positieve bijdrage benadrukt wanneer mildheid en geduld aan de dag kan worden gelegd zowel naar elkaar toe als ook naar de naaste familie en vrienden. Zij zijn immers niet altijd in staat om zodanig te reageren als ouders zelf zouden wensen.

Betekenis van een kort leven

De betekenis van een kort leven heeft voor mij in de loop van mijn professionele loopbaan wel moeilijkheden opgeleverd. Immers, een kind behoort niet te sterven. Het zien sterven van een pasgeboren kind en het meemaken van het intense verdriet bij ouders gaat je iedere keer door merg en been.

Wel ondervind je als kinderarts hoe vele ouders je later na het verlies van hun kind kunnen overtuigen dat dit hun leven los van het intense verlies ook heeft verrijkt, dat zij zich minder met 'onbelangrijke' dingen (werk, geld) bezighouden, dat liefdes-, gezins- en vriendschapsrelaties intenser zijn geworden en hoe hun algemene kwaliteit van leven zelfs kan zijn toegenomen.

Soms lijkt dat wel een vorm van coping om met het verlies om te gaan maar vaak lijkt er wel degelijk sprake van een toegenomen kwaliteit van leven, van levensgeluk, dankzij het feit dat het korte leven en het verlies van het kind een extra betekenis aan hun leven heeft gegeven. Kortom, het leven na het verlies is dan beter en gelukkiger dan tevoren. Ook zelf heb ik dat enkele keren ervaren, het besef dat je mag doorleven, waar de ander overlijdt, een gevoel van dankbaarheid voor wat je samen hebt ervaren en het koesteren van samen opgebouwde herinneringen die blijvend zijn.

Later is door mijn interesse in regressie en reïncarnatie therapie een groeiend besef en vertrouwen gekomen dat het leven niet ophoudt bij de dood. Dat de ziel zich van het lichaam losmaakt en later opnieuw mag reïncarneren. Dit geeft uiteraard een volstrekt ander perspectief op geboorte en sterven, waarbij er een groter accent komt te liggen op welke betekenis ieder leven heeft en welke betekenis het leven aan de anderen kan toevoegen. Met andere woorden, hoe kort een leven ook is geweest, voor de eigen ziel en voor die van de ouders kan dit van onschatbare waarde zijn.

Vervolg op lezing

Al met al werd het een heftige lezing en ik merkte dat het de toehoorders raakte en ook mijzelf meer deed dan waarmee ik bij mijn voorbereiding rekening had gehouden. Het was meer geworden dan het delen van mijn gedachten. Bij de lezing was er een betekenisvolle 'groepsverbinding' ontstaan tussen de ouders, die tevoren ieder hun eigen verlieservaring van kort of langer geleden met mij hadden gedeeld.

Lotgenotencontact over grenzen heen, over de grens tussen professional en ouders, maar ook over de grens van leven en dood. Er volgden nog enkele mailtjes die weergaven dat we een bijzondere ervaring met elkaar hadden gedeeld.

Reflectie op eigen professionele ervaring met ouders na het verlies van een kind

Een verlieservaring kan zoals eerder beschreven leiden tot een verrijking van het leven, er treedt een verdieping op, relaties kunnen hechter worden. Rouwver'werk'ing vraagt meestal om een actieve 'werk'-houding, het er met elkaar en met anderen over praten kan de pijn rond het verlies doen verminderen. Sociale steun is hierbij van groot belang. Dit is niet 'appeltje eitje' en hierbij kunnen ook soms grote teleurstellingen worden opgedaan. Mildheid en vergevingsgezindheid helpen, zowel naar de ander als naar jezelf.

Het verlies wordt vrijwel altijd verschillend ervaren tussen partners. Beiden hebben hun tijd en ruimte nodig. Het is behulpzaam als partners de verschillen in attitude herkennen, erkennen, begrijpen en accepteren. Het gevoel van verlies neemt meestal langzaam in de tijd in hevigheid en frequentie af. Het verlies krijgt na verloop van tijd een plek. Het ophalen van herinneringen en het eventueel verrichten van rituelen kunnen een manier zijn om er met elkaar mee om te (leren) gaan. Ook te beseffen dat alle gevoelens hieromtrent in de loop van de tijd mogen en kunnen veranderen is relevant. Verlies kan zich ook vastzetten en leiden tot teleurstelling, teleurstelling in de ander, de partner, een familielid, in vriendschappen. Het kan zelfs leiden tot een teleurstelling in bredere zin, in het leven, in het goede van het leven, het goede in de wereld. Het kan ontwrichting geven in partner- en huwelijksrelaties, leiden tot (echt)scheiding en zelfs tot een sociaal isolement.

Hypothese

Kan voor ouders na het verlies van een kind transpersoonlijke regressietherapie een effectieve interventie zijn bij (gecompliceerde) rouw. Dat wil zeggen, zou transpersoonlijke regressietherapie de ernst en frequentie van aan rouw gerelateerde klachten kunnen reduceren en het algemene welbevinden van de cliënt kunnen vergroten ?

Uitwerken van de hypothese in theorie en praktijk

Theorie

Literatuur over rouw (Simon 2013)

Rouw kent een grote variëteit aan emoties, waaronder shock, ongeloof, stress om het verlies en somberheid. Rouwende personen kunnen gepreoccupeerd raken met gedachten, herinneringen en beelden van de overleden persoon. Zij kunnen gaan focussen op de verlieservaring. Dit kan gedurende een bepaalde periode ten koste gaan van het ondernemen van (andere) activiteiten. Vanuit een hechtingstheoretische en gedragspsychologische achtergrond wordt verondersteld dat hechte sociale banden kunnen voorzien in herstel van een gevoel van emotionele geborgenheid en veiligheid.

Er is geen enkelvoudige wijze van rouwen. Het is in feite een natuurlijk proces, waarbij emoties gedurende de eerste dagen tot maanden qua vorm en intensiteit en qua beloop in de tijd kunnen variëren. Rouw hangt in de eerste plaats samen met de persoon in kwestie en met aan het verlies gerelateerde factoren. Rouw wordt zeker ook sterk cultureel en religieus bepaald.

Een studie over voorspellers van de ernst van rouwsymptomen na het verlies van een kind (Keesse 2008) wees uit dat factoren zoals de leeftijd van het kind, eventuele gewelddadigheid rond het overlijden en duur van het rouwproces hierbij van invloed waren, maar dat vooral de oorzaak van het overlijden een belangrijke objectieve risicofactor was. Verder bleek dat betekenisgeving een grote voorspeller was, in die zin dat ouders die geen betekenis kunnen geven aan het overlijden van hun kind de grootste intensiteit van klachten rapporteerden.

Acute en geïntegreerde rouw

Er wordt van acute rouw gesproken als de eerder genoemde emoties na een bepaalde periode qua frequentie en intensiteit verminderen en de persoon zijn leven zonder de overledene en daarmee in gewijzigde vorm kan oppakken en als bevredigend kan ervaren. Er is geen maatstaf hoe lang dit kan of mag duren, maar over het algemeen slagen de meeste mensen er in om in 6 tot 12 maanden hun rouw te integreren in hun leven.

De overledene wordt niet vergeten en een bepaald gevoel van verlangen naar en somberheid om diegene zijn blijvend maar deze gevoelens zijn minder intens of raken op de achtergrond met uitzondering van bepaalde periodes rond bijvoorbeeld een verjaardag, feestdagen, vakanties, etc. Het is over het algemeen weer mogelijk levensvreugde te ervaren, betekenisvolle relaties aan te gaan en activiteiten te ontplooiën. Bij geïntegreerde rouw worden de verlieservaring en de consequenties ervan geaccepteerd ofschoon de relatie met de overledene en de plannen voor de toekomst zijn gewijzigd.

Gecompliceerde rouw

Gebruikelijke problemen die rouw kunnen compliceren zijn:

- ❖ zich opdringende gedachten over de omstandigheden rond het overlijden
- ❖ excessieve vermijding van herinneringen aan de overledene
- ❖ emotionele disregulatie.

Voor het ontwikkelen van gecompliceerde rouw zijn een aantal risico factoren bekend (zie tabel 1).

Tabel 1: Risico's voor het ontwikkelen van gecompliceerde rouw

'Pre-loss Risk Factors'
Vrouwelijk geslacht
Voorafgaand verlies
Onveilige hechting
Voorafgaande stemmingsstoornis
Aard van relatie met overledene
'Loss-related Factors'
Relatie en zorgtaken: als partner, moeder van afhankelijke kinderen, verzorger van chronisch zieke
Aard van het overlijden: plotseling, langdurig, gewelddadig, zelfdoding
'Peri-loss Factors'
Sociale omstandigheden
Financiële omstandigheden na het overlijden
Onbegrip over de omstandigheden rond het overlijden, gebrek aan informatie
Factoren die het helingsproces verstoren, zoals het niet kunnen volgen van een cultureel bepaald rouwpatroon, alcohol- en middelengebruik, zwakke sociale steun

Er zijn meerdere termen die voor gecompliceerde rouw worden gebruikt zoals:

- ❖ pathologische rouw
- ❖ traumatische rouw
- ❖ geprolongeerde rouw

In de DSM V ('section' III) wordt de term 'Persistent Complex Bereavement Disorder' gebruikt. Er wordt verondersteld dat de criteria en de terminologie in de toekomst nog wel zouden kunnen wijzigen nadat er meer klinische research wordt verricht.

Om er voor te zorgen dat personen niet te lichtvaardig de diagnose krijgen toebedeeld dienen zij minimaal 12 maanden na het verlies klachten te hebben die disproportioneel zijn en / of niet overeenkomstig culturele, religieuze en leeftijd normen.

Symptomen zijn onder meer:

- ❖ intens verlangen naar de overledene
- ❖ preoccupatie met omstandigheden rond het verlies
- ❖ zelfverwijt
- ❖ vermijding van gedachten of herinneringen aan de overledene
- ❖ vermijden van voorheen gemeenschappelijke activiteiten
- ❖ inadequate aanpassing aan het verlies

Gecompliceerde rouw komt in 7% van de gevallen voor.

In een Nederlandse studie (Boelen 2003) werd een relatie aangetoond tussen negatieve cognities en ernst van de symptomen van gecompliceerde rouw. Voorbeelden van negatieve cognities zijn onder meer een globaal negatief beeld van het leven, van de wereld en van de toekomst.

Gecompliceerde rouw is gerelateerd aan een verminderde kwaliteit van leven, aan slaapstoornissen, cardiovasculaire aandoeningen, kanker, hoog risico gedag, suïcidale gedachten en suïcidaliteit. In een review over gezondheidsuitkomsten na rouw (Stroebe 2007) worden bepaalde specifieke factoren genoemd die bepalend zijn voor gezondheidsverlies, waaronder de omstandigheden van overlijden, coping strategie en het volgen van psychologische interventie programma's.

Therapie bij rouw

In de meerderheid van de gevallen passen mensen na het verlies van een geliefd persoon zich aan de nieuwe situatie aan zonder behoefte aan een interventie. Bij een minderheid van de gevallen is interventie nodig. In de eerste plaats dienen suïcidaliteit en een stemming- en angststoornis te worden uitgesloten. Deze dienen overigens al eerder dan 6 tot 12 maanden na het verlies te worden behandeld.

De best bestudeerde therapie voor gecompliceerde rouw is een doelgerichte psychotherapie inclusief psycho-educatie en / of groepstherapie. Hierbij lijken de volgende elementen van toegevoegde waarde: het bij herhaling kunnen vertellen over de verlieservaring, herinneringen ophalen (positieve maar ook negatieve), cognitieve reconstructie, een oefening in het aangaan van een gesprek met de overledene (!!!), opstellen van levensdoelen en toewerken naar positieve levenservaringen.

Enkele misvattingen die bij rouw kunnen optreden zijn bekend, onder meer dat iemand medeverantwoordelijk is geweest voor het overlijden van de geliefde persoon of dat het blijven rouwen de enige weg is om de overledene te eren en om zich met deze verbonden te weten. Het lijkt van belang om vermijdingsgedrag te verminderen, om te anticiperen en plannen te maken omtrent herinneringsrituelen en om sociale steun goed te regelen.

Er zijn studies bekend van een gestructureerde gecompliceerde rouwtherapie (Wetherell 2012) die bestaat uit 16 welomschreven sessies waarmee een hoger responspercentage (51%) wordt bereikt dan met reguliere interpersoonlijke therapie (28%).

Verwijzing naar een psychiater kan geïndiceerd zijn voor psychotherapie en medicatie bij persisterende symptomen, significante comorbiditeit en suïcidaliteit. Het is opvallend dat bij gecompliceerde rouw evenals bij posttraumatische stressstoornis (PTSD) en depressie, antidepressiva maar niet benzodiazepines een gunstig effect hebben op de klachten (Bui 2012).

Met name SSRI's (Escitalopram® 10-20 mg/d en Paroxetine® 20-50 mg/d) worden aanbevolen. Deze medicatie dient overigens dagelijks te worden ingenomen en niet intermitterend als acute symptoombestrijding.

Regressietherapie bij rouw

In het handboek transpersoonlijke regressietherapie (ten Dam 2013) staat 'dood van naaste' vermeld als een van de typische traumatiserende situaties waarvoor regressietherapie kan worden aangewend. 'Dood van naaste' wordt beschreven als een van de meest voorkomende trauma's (emotioneel en mentaal) in het huidige leven. Er worden geen aanwijzingen gegeven met betrekking tot een specifieke aanpak van (gecompliceerde) rouw, d.w.z. anders dan waarmee je als regressietherapeut een cliënt met een ander (emotioneel en mentaal) trauma tegemoet zou treden, zoals na afwijzing, mishandeling [niet fysiek] en scheiding.

Wanneer men in Google 'rouw en regressietherapie' intoetst komt men terecht op websites van een aantal regressietherapeuten (Laura Daggars, Wilma Batenburg, Trudy Huisman en Karin van der Vaart, etc.) die rouw en verlies vermelden als aanleiding om regressietherapie toe te passen. Een specifieke leidraad voor het intakegesprek en een behandelingschema voor regressietherapie ten bate van ouders na het verlies van een kind lijkt niet beschikbaar.

Beschikbare meetinstrumenten

Meetinstrument bij rouw

Er zijn aanwijzingen dat ongecompliceerde (acute) rouw en gecompliceerde rouw met behulp van een symptomenlijst goed van elkaar kunnen worden onderscheiden (Boelen 2008).

Prigerson (Prigerson 1995) heeft de basis gelegd voor een vragenlijst voor gecompliceerde rouw, de 'Inventory of Complicated Grief' (ICG). Respondenten met een score > 25 zijn significant meer beperkt in sociale, mentale en fysiek gezond functioneren en qua lichamelijke klachten dan respondenten met een score < 25.

Deze ICG lijst is in het Nederlands vertaald als ‘Rouw VragenLijst’ (RVL; Boelen, de Keijser & van den Bout 2001; zie bijlage 1). Ik vroeg de vragenlijst op bij collega Boelen om deze vragenlijst te mogen gebruiken voor het pilot-onderzoek beschreven in deze scriptie, waarna ik deze mocht ontvangen. Dit is een vragenlijst met 29 items. De vragenlijst beschikt over een adequate interne consistentie en de test - hertest betrouwbaarheid is goed. Ten aanzien van de validiteit is gebleken dat de RVL in staat is om te verwachten verschillen tussen groepen nabestaanden te detecteren (bij voorbeeld onverwachte verliezen versus verlies ten gevolge van ziekte; verlies van een ouder versus verlies van een kind, partner, boer of zus). Voor vrouwen en mannen zijn aparte normgegevens berekend, waarbij zeer hoog overeenkomt met > 95^e percentiel, hoog overeenkomt met > de 75^e en < de 95^e percentiel en gemiddeld met > de 25^e en < de 75^e percentiel, laag met > de 5^e en < de 25^e percentiel en zeer laag met < de 5^e percentiel (zie tabel 2).

Tabel 2: normgegevens voor de totaalscore van de RVL

	Vrouwen	Mannen
Zeer laag	0 - 21	0 - 12
Laag	22 - 41	13 - 30
Gemiddeld	42 - 65	31 - 63
Hoog	66 - 84	64 - 83
Zeer hoog	85 - 116	84 - 116

Meetinstrumenten bij interventies in de geestelijke gezondheidszorg

Korte klachtenlijst (KKL; Lange & Appelo; zie bijlage 2)

Deze lijst geeft snel een indicatie voor de mate waarin iemand psychisch lijdt en is van belang voor diagnostiek en vastleggen van behandel-effecten. Het is een zelfrapportage-vragenlijst met dertien vaste items en een open item. Het invullen duurt slechts enkele minuten. Er is geen specifieke deskundigheid van de testafnemer vereist voor de afname of interpretaties van het materiaal. Er is geen aanvullende informatie nodig om de KKL af te nemen en te scoren. De schaal heeft een goede interne consistentie en de test-hertest-betrouwbaarheid is voldoende. Omdat er bij klachtenlijsten vaak een spontane verbetering optreedt tussen eerste en tweede afname, is er een maat voor hertest-effectcorrectie berekend. Dat betekent dat bij de algemene bevolkingsgroep tussen de eerste twee metingen naar verwachting 1 punt spontane verbetering zal vertonen. De congruente validiteit, begrips- en criteriumvaliditeit zijn goed en de totaalscore lijkt gevoelig voor psychotherapeutische behandeling. De score is niet betekenisvol gerelateerd aan leeftijd en opleiding. Er zijn normen voor mensen uit de algemene bevolking en voor psychiatrische patiënten.

Tabel 3: normen van de KKL bij de algemene bevolkingsgroep

Laag	< 2
Beneden gemiddeld	3 - 4
Gemiddeld	5 - 7
Boven gemiddeld	8 - 10
Hoog	> 11

Positieve uitkomstenlijst (PUL; Appelo; zie bijlage 3)

In de psychotherapie staat het ontwikkelen van psychische draagkracht steeds meer centraal. Voor het meten daarvan werd de Positieve Uitkomsten Lijst ontwikkeld. Deze vragenlijst bestaat uit 10 items en twee intern consistente subschalen met een goede test-hertest-betrouwbaarheid: Autonomie en Sociaal Optimisme. Autonomie is specifiek gerelateerd aan een actief probleemoplossende copingstijl en Sociaal Optimisme aan het zoeken van sociale steun bij moeilijkheden. Mannen scoren hoger op de subschaal Autonomie dan vrouwen. De PUL-schalen zijn klinisch gevoelig. Ze veranderen in de gewenste richting wanneer patiënten door de behandeling klachtenreductie ervaren. En ze differentiëren tussen verschillende groepen patiënten en een steekproef uit de algemene bevolking. Er zijn normen voor de algemene bevolking en psychiatrische patiënten. Het invullen duurt enkele (2 tot 5) minuten.

Tabel 4: normen van de PUL-subschalen bij de algemene bevolkingsgroep

	Autonomie		Sociaal Optimisme
	Vrouwen	Mannen	
Laag	7 - 19	7 - 20	3 - 9
Gemiddeld	19 - 26	20 - 26	10 - 11
Hoog	26 - 28	27 - 28	12

Autonomie score = score items 1 + 3 + 4 + 5 + 7 + 9 + 10 (zie bijlage 3)

Sociaal Optimisme-score = score items 2 + 6 + 8 (zie bijlage 3)

Praktijk

Pilot - onderzoek

Voorbereiding

Ter voorbereiding heb ik de voorzitter van de Vereniging 'Ouders van een Overleden Kind' (VOOK) in de regio Zuid Holland bereid gevonden om de leden aan te schrijven middels een e-mail met als bijlage een verzoek tot deelname aan dit pilot - onderzoek (zie bijlage 4).

Methode

Interventie

1) Eerste afspraak:

- a. In een **intake gesprek** werd aandacht besteed aan een eerste kennismaking, introductie van pilot-onderzoek, personalia, verlieservaring, actuele klachten, actuele of evt. eerderde hulpverlening en medicatie. Deze onderwerpen werden in de loop van de tijd aangevuld aan de hand van relevante gegevens uit de literatuur. Hiermee ontwikkelde zich een leidraad voor het intakegesprek (zie bijlage 5a). Later voegde ik de vraag naar de meest gelukkigste levensperiode (incl. leeftijd op dat moment en bijzonderheden). Dit gesprek duurde 60 – 90 minuten.
- b. Twee **vragenlijsten** (RVL en KKL) werden door de cliënt zelf ingevuld. Dit duurde maximaal 10 minuten. Vanaf de 6^e cliënt werd ook de derde vragenlijst reeds bij de eerste afspraak ingevuld.
- c. **Transpersoonlijke regressietherapie** (zie bijlage 5b). Deze eerste sessie duurde gemiddeld 60 tot 90 minuten.
- d. **Nagesprek**

- 2) Tweede afspraak (minimaal twee weken later):
 - a. Korte **terugblik** op eerste sessie en nawerking in tussenliggende periode (30 - 60 minuten).
 - b. Drie **vragenlijsten** (RVL, KKL en PUL; maximaal 15 minuten).
 - c. **Transpersoonlijke regressietherapie** (zie bijlage 5b). Deze tweede sessie duurde gemiddeld 60 tot 90 minuten.
 - d. **Nagesprek** waarin evt. vervolg regressietherapie werd afgesproken (15 - 30 minuten)
 - e. Bezoek (indien mogelijk) aan **kinderkamer** (10 minuten).
 - f. Betekenisvolle **foto** (indien toestemming, zie voorblad).

- 3) **Vragenlijsten per post** (minimaal twee weken na tweede afspraak)
Drie vragenlijsten (RVL, KKL en PUL) werden bij de tweede afspraak achtergelaten met retourenvelop en er werd gevraagd om deze circa 2 weken later per post terug te sturen.

Resultaten

Algemeen

Aangezien onbekend was hoeveel mensen er zouden reageren stuurde de voorzitter van de VOOK op mijn verzoek het bericht eerst naar de leden uit Rotterdam (n=21) en daarna naar de leden uit de omstreken van Rotterdam (n=16). Toen dit alles nog slechts 5 respondenten had opgeleverd (interventiegroep 1) werden alsnog alle leden in de regio Zuid Holland bericht inclusief de eerdere 37 (dit waren 126 mailadressen, die toebehoorden tot 175 leden). Dit leverde in korte tijd nog eens 8 respondenten op. Sommigen reageerden juist vanwege de herhaalde oproep. Hiermee kwam de uiteindelijke respons op 13 van de 175 leden, d.w.z. 7,4 %.

Dit laatste aantal van 8 was te veel om voor de deadline van deze scriptie (20 mei 2014) af te ronden. Voor deze groep werd daarom gekozen hen vooraleerst een eerste afspraak (zie boven) aan te bieden (interventiegroep 2). Aansluitend werd facultatief en buiten het bestek van deze scriptie een volgende afspraak voor een tweede en eventueel volgende regressietherapie sessie(s) aangeboden inclusief herhaling van de vragenlijsten. Dit leidde ertoe dat vrijwel alle resultaten per 20 juni 2014 compleet konden worden weergegeven in de huidige scriptie (versie 2.0).

De cliënten meldden zich per e-mail aan en kregen per e-mail een bevestiging van ontvangst en een voorstel voor een eerste afspraak. Deze vond aanvankelijk thuis bij de cliënt plaats (eerste 5 cliënten). Daarna kwamen de cliënten voor de eerste en volgende afspraken bij mij thuis.

Er waren 3 cliënten (cliënten 11 t/m 13) die zich gaandeweg terugtrokken, waardoor het niet tot een intakegesprek en RT sessie kwam (non - interventiegroep 3). Als redenen werden aangevoerd (citaten zijn *cursief* weergegeven): problemen met de gezondheid, te weten een ziekenhuis-opname (*ik voel me lichamelijk en geestelijk nog niet OK*), depressieve klachten (*ik heb er nog goed over nagedacht..... ik denk niet dat het de juiste therapie voor mij is. Ik ga mijn depressieve klachten nog eens met de huisarts bespreken*) en persoonlijke redenen (*ik zie van deelname af omdat ik niet alleen in een ruimte wil zijn met iemand die ik niet of nauwelijks ken. Omdat ik mijn verdriet als iets intiems zie en dat niet snel deel*).

Zij waren wel bereid tot het opgeven van enkele kerngegevens en het invullen van de vragenlijsten. Cliënt 4 trok zich na de eerste afspraak terug vanwege familie omstandigheden. Alle kerngegevens zijn samengevat in tabel 5.

Tabel 5: kerngegevens van alle respondenten pilot-onderzoek

	geslacht	leeftijd	leeftijd overleden kind	hoe lang geleden
Interventiegroep 1:				
	V	60 j	20 j	2003
	V	45 j	4 d	2008
	V	50 j	13 j	2007
	M	72 j	22 j	2001
	V	56 j	22 j	2007
Interventiegroep 2:				
	V	61 j	23 j	2010
	V	54 j	12 j	2000
	V	52 j	23 j	2010
	V	61 j	29 j	2011
	V	46 j	2 j	1998
Non – interventiegroep 3:				
	V	45 j	1 j en 19 j	1089 en 2009
	V	51 j	2 j	1986
	V	49 j	23 j	2011

Cliënt 1 t/m 5

Deze cliënten hebben zich als eerste aangemeld en met uitzondering van cliënt 4 hebben allen een eerste en tweede afspraak (inclusief twee regressietherapie sessies) gekregen en alle vragenlijsten ingevuld (zie tabel 5 t/m 8). Om herkenbaarheid te vermijden worden de volgende bijzonderheden per paragraaf alfabetisch beschreven.

Verlieservaring

Overleden kort na de geboorte in ziekenhuis, overleden na periode in coma in ziekenhuis, verkeersongeval (auto, scooter), op slag dood

Actuele klachten

Alcoholabusus, angststoornis, geheugenverlies, onrust, ‘overleven’, slaapproblemen, stemmingsstoornis, suïcidaliteit, vermoeidheid.

Overige therapie

EMDR, kinderpsycholoog, psychologische hulp via huisarts en RIAGG, slachtofferhulp en systeemtherapie.

Medicatie

Antidepressiva en slaapmedicatie.

Regressie sessies 1 & 2

Ladingen: auto ongeluk, angst, controledwang, dubbel gevoel, eenzaamheid, gemis, jaloezie, krampachtigheid, machteloosheid, moeheid, oneerlijkheid, ongelukkigheid, overbelasting, paniek, schuldgevoel, somberheid, spijt, stagnatie rouwgevoelens, tekort geschoten, trots, twijfel, verdriet, verscheurdheid, verwijt.

Inzichten: delen is van groot belang, geduld, geen keuze, geen schuld, grenzen bewaken, hervinden wilskracht, kracht, leuke dingen doen, loslaten, mag beter gaan zonder schuldgevoel, mildheid, mogen genieten, nieuwe wegen (mogen) gaan bewandelen, stapje voor stapje, verlies nemen, vrijheid, zachtheid is beter dan verharding.

Inzichten van het kind: dood zijn, in vertrouwen kunnen loslaten van de ouder.

Nagesprek (citaten zijn cursief weergegeven)

Alle ouders waren blij verrast met de ervaringen uit de sessies, met de heftige emoties die ze konden doorleven, met het verwerven van inzichten, het afstand nemen van oud gedrag en ontwikkelen van nieuw gedrag. De eerste cliënt was aansluitend aan de eerste RT sessie het terugkerende beeld van het ongeluk kwijt, dat haar tevoren iedere nacht bezig hield. Zij schreef me als volgt: *Allereerst nogmaals bedankt voor de sessie van gisteravond. Het was een fijne ervaring. Het was heel bijzonder, dat toen ik naar bed ging, ik heel rustig was en heerlijk geslapen heb. Ik heb het ongeluk van A. niet herbeleefd.* En een ander merkte op: *ik heb na de eerste sessie een stoel op de kinderkamer gezet. Ik heb een keer samen met mijn dochtertje gezeten en een keer alleen. Dat voelde heel goed.* Een ander beschreef de volgende ervaring: *ik had vele vaste patronen, soms raakt je systeem gewoon verstopt, raakt de grond als het ware dicht geklonken. Met de eerste sessie lijkt de grond nu weer losgewoeld. Dat voelt veel prettiger.* Weer een ander formuleerde het als volgt: *na de eerste sessie kreeg ik een vreselijke huilbui en ook hoofdpijn. Ik voelde me gedurende enkele dagen lusteloos. Maar hierna bleek mijn schuldgevoel over B. voorgoed te zijn verdwenen.*

Cliënt 6 t/m 10 (interventiegroep 2)

Deze cliënten hebben zich pas onlangs aangemeld en hebben allen minimaal één afspraak (inclusief regressietherapie sessie) gekregen (zie tabel 5 t/m 8).

Om herkenbaarheid te vermijden worden de volgende bijzonderheden per paragraaf alfabetisch beschreven.

Verlieservaring

Aangeboren hartafwijking, ongeval, stofwisselingsziekte, progressieve spierziekte, zelfmoord.

Actuele klachten

Angst voor verlies, boosheid, concentratiestoornis, gevoelloosheid, moeheid, moeilijk toegang tot eigen emoties, schuldgevoel, slaapproblemen, snel emotioneel, vergeetachtigheid, zelfverwijt.

Overige therapie

EMDR, maatschappelijk werk, psychologische hulp (3x), rouwcoach, rouw gespreksgroep.

Medicatie

Antidepressiva, geen, Ritalin®.

Regressie sessie 1

Ladingen: ambivalentie, medeplichtigheid, niet goed los kunnen laten, schaamte, schuld, symbiotische relatie met kind, tekort geschoten, teleurgesteld, twijfel, verbond tussen moeder en kind.

Inzichten: alles beter in perspectief in de laatste levensperiode voorafgaand aan het verlies, behoefte aan een gelijkwaardige partnerrelatie, er mag een gezonde ruimte ontstaan tussen moeder en kind, jezelf mogen zijn, respect, voor jezelf mogen en kunnen opkomen.

Nagesprek (citaten zijn cursief weergegeven)

Cliënt vertelde: *ik heb duidelijkheid gekregen in laats van mijn voorafgaande ambivalentie*. Een ander vertelde: *de druk die ik voelde is verdwenen*, en nog een ander: *ik heb nu ingezien dat dit vertrouwde gevoel me feitelijk belemmert. Ik heb alles nu meer in perspectief gekregen*. Weer een ander concludeerde: *ik heb C. eigenlijk nooit goed los kunnen laten*.

Leidraad bij het intake gesprek

Mijn werkervaring als kinderarts bleek een groot voordeel te zijn om voor de ouders na het verlies van hun kind een geschikte gesprekspartner te zijn. Ouders voelden zich snel begrepen. Ik had soms maar een half woord nodig. Het intakegesprek hield ik aanvankelijk kort, maar toen ik de literatuur had bestudeerd kwamen er meer relevante vragen op mijn lijstje. Hiermee werd de intake langer en langer en kreeg ik daarmee het gevoel dat er minder tijd en energie overbleef voor de regressietherapie sessie. Toen besloot ik de vragen over twee afspraken te verdelen (zie bijlage 5a).

Leidraad bij de regressietherapie sessies

Ook de aanpak van de regressietherapie sessies paste ik in de loop van de tijd aan. Aanvankelijk liet ik direct het overleden kind in de personificatieruimte binnenkomen. Dit was meestal een kind dat de gedaante had van vlak voor het overlijden. De ontmoeting met het overleden kind leverde zoals hierboven aangegeven vele ladingen op en in gesprek tussen de cliënt en het overleden kind kwamen er troostende gedachten en woorden en belangrijke inzichten tot stand. Gaandeweg besloot ik bij het tweede gesprek voorafgaand aan de tweede RT sessie en later tijdens het intakegesprek bij de eerste afspraak te informeren naar de gelukkigste periode in het leven, waarbij de leeftijd en enkele bijzonderheden werden genoteerd. Dit leverde de mogelijkheid om voorafgaand aan de confrontatie met het overleden kind desgewenst een innerlijk kind binnen te vragen. De confrontatie met het innerlijk kind leverde de mogelijkheid tot energie uitwisseling en het verankeren van positieve (geluks)energie waarmee de confrontatie met het overleden kind in sommige gevallen beter leek te worden verdragen. Later liet ik deze vorm van innerlijk kind werk weer los omdat het soms te veel aandacht, tijd en energie vroeg voor het innerlijk kind, terwijl de meest betekenisvolle ladingen en inzichten toch in de directe confrontatie tussen de ouder en het kind tot stand kwamen. Tenslotte heb ik het innerlijk kind werk alleen toegepast wanneer ik de persoon als erg kwetsbaar inschatte om de confrontatie met het overleden kind aan te gaan.

Een aantal kinderen bleek onbewust te zijn overleden (denk aan een ziekenhuisperiode in coma waarbij in die periode talloze geneesmiddelen (analgetica en sedativa, soms spierverslappers) werden toegediend. Het bleek dan opportuun om het kind te vertellen dat het dood was. Soms moest het kind worden overtuigd dat het dood was.

Dit leverde gunstige effecten op voor de ouders, die nogal eens gebukt gingen onder het kind als obsessor en/of hadden geleden onder obsessieve gedachten over het overlijden (ongeval) en alles wat in korte tijd hun leven dramatisch had veranderd. Soms kon met de energie vanuit de gelukkigste periode van het leven een ‘future pace’ worden gemaakt, waarin een eerste stap in een nieuwe richting en nieuwe plannen voor de toekomst op langere termijn konden worden beschouwd, besloten en verankerd.

Al met al maakte het over het algemeen niet uit hoe lang een intakegesprek en regressie therapie sessie duurde. Meestal was het energieniveau toereikend voor de duur van de betreffende sessie.

Cliënten 11 t/m 13 (non - interventiegroep 3)

Deze cliënten zagen om voornoemde redenen af van deelname aan het pilot – onderzoek. Zij waren bereid tot het opgeven van enkele kerngegevens en het invullen van de vragenlijsten (zie tabel 5 t/m 8).

Kwantitatieve resultaten

Tabel 6: RVL scores voor, tijdens en na regressietherapie

Interventiegroep 1:		
-	-	63 (gem.)
66 (hoog)	54 (gem.)	48 (gem.)
53 (gem.)	42 (gem.)	44 (gem.)
87 (zeer hoog)	91 (zeer hoog)	-
66 (hoog)	56 (gem.)	51 (gem.)
Interventiegroep 2:		
33 (laag)	10 (zeer laag)	
49 (gem.)	41 (laag)	
47 (gem.)	24 (laag)	
61 (gem.)	57 (gem.)	
41 (laag)	37 (laag)	
Non – interventiegroep 3:		
70 (hoog)		
54 (gem.)		
39 (laag)		

Tabel 7: KKL scores voor, tijdens en na regressietherapie

Interventiegroep 1:		
21 (hoog)	21 (hoog)	12 (hoog)
10 (boven gem.)	12 (hoog)	6 (gem.)
13 (hoog)	6 (gem.)	3 (beneden gem.)
15+ (hoog)	12 (hoog)	-
24+ (hoog)	16 (hoog)	13 (hoog)
Interventiegroep 2:		
3 (beneden gem.)	9 (boven gem.)	
13 (hoog)	6 (gem.)	
34 (hoog)	11 (hoog)	
16 (hoog)	13 (hoog)	
17 (hoog)	10 (boven gem.)	
Non - interventiegroep:		
31 (hoog)		
13 (hoog)		
18 (hoog)		

Tabel 8: PUL scores voor, tijdens en na regressietherapie

Interventiegroep 1:				
	Autonomie	Sociaal optimisme	Autonomie	Sociaal optimisme
	-	-	20 (gem.)	9 (laag)
	24 (gem.)	12 (hoog)	23 (gem.)	11 (gem.)
	21 (gem.)	10 (gem.)	22 (gem.)	10 (gem.)
	26 (gem.)	9 (laag)	-	-
	22 (gem.)	9 (laag)	25 (gem.)	9 (laag)
Interventiegroep 2:				
Autonomie	Sociaal optimisme	Autonomie	Sociaal optimisme	
18 (laag)	12 (hoog)	23 (gem.)	10 (gem.)	
23 (gem.)	10 (gem.)	24 (gem.)	9 (laag)	
21 (gem.)	9 (laag)	23 (gem.)	10 (gem.)	
21 (gem.)	8 (laag)	21 (gem.)	9 (laag)	
14 (laag)	9 (laag)	17 (laag)	9 (laag)	
Non – interventiegroep 3:				
16 (laag)	8 (laag)			
24 (gem.)	12 (hoog)			
18 (laag)	10 (gem.)			

Duiding van patronen in resultaten van vragenlijsten bij alle cliënten

Er lijkt sprake te zijn van een afname van de RVL en KKL scores na de eerste en/of tweede regressietherapie sessie in vergelijking met de scores voorafgaand aan regressietherapie. Dit gaat in mindere mate op voor de PUL score. Wellicht zijn er meer regressietherapie sessies nodig of is er meer tijd nodig om deze score te zien dalen.

Bespreking van alle resultaten (algemeen, kwalitatief en kwantitatief)

Binnen de grenzen van dit beperkte pilot – onderzoek, waarbij slechts een klein aantal cliënten uit een geselecteerde populatie (leden van de VOOK) met hoge beginscores op de RVL en KKL, toonden de cliënten (voornamelijk moeders) zich uitermate tevreden met deze behandeling. De vragenlijsten werden goed ontvangen en gaven een kwantitatieve weergave en bevestiging van mijn subjectieve indruk tijdens het intakegesprek van de ernst van (gecompliceerde) rouw. Na een of twee regressietherapie sessies leek er sprake van een dalende trend van de RVL en KKL scores. Dit was in mindere mate het geval voor de PUL.

Conclusie

In dit pilot-onderzoek worden aanwijzingen gevonden dat transpersoonlijke regressietherapie een effectieve interventie biedt voor ouders na het verlies van een kind.

Een leidraad voor intake en regressietherapie is ontwikkeld waarbij ter evaluatie drie vragenlijsten zijn toegepast, te weten: de Regressie Vragenlijst (RVL), de Korte Klachten Lijst (KKL) en de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL).

Met name wanneer er sprake is geweest van meerdere verlieservaringen en van verschijnselen van gecompliceerde rouw lijkt transpersoonlijke regressietherapie een reductie van aan rouw gerelateerde klachten op te leveren (met name in de score van de RVL en KKL). Tevens blijkt dat transpersoonlijke regressietherapie een merkbaar (subjectief) positief effect heeft op het welbevinden van de cliënt.

Aanbevelingen voor collega regressietherapeuten

- ❖ Herken verschijnselen van gecompliceerde rouw (zie risico's in tabel 1 en rouwsymptomen in de beschreven literatuur in de paragraaf 'theorie')
- ❖ Pas intake en therapieschema toe zoals in dit pilot - onderzoek worden beschreven (zie bijlage 5a en 5b)
- ❖ Gebruik eventueel vragenlijsten om het effect van RT als effectieve interventie kwantitatief te beoordelen (zie bijlage 1, 2 en 3)

Literatuurlijst

Appelo M.T. (2005). Positieve uitkomstenlijst (PUL). Handleiding. Amsterdam: Boom.

Boelen P.A., Keijser J. de & Bout J. van den (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw Vragenlijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid*, 29, 3, 190-203

Boelen P.A., Bout J. van den, Keijser J. de & Hoijsink H. (2003). Reliability and validity of the Dutch version of the inventory of traumatic grief (ITG). *Death Stud*, 27(3), 227-247.

Boelen P.A., Bout J. van den & Hout M.A. van den (2003). The role of cognitive variables in psychological functional after the death of a first degree relative. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 1123-1136.

Boelen P.A. & Bout J. van den (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311-314.

Boelen P.A. & Prigerson H.G. (2012). Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Stud*, 36(9), 771-94

Bui E., Nadal-Vicens M. & Simon N.M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci.*, 14(2), 149-157.

Dam H. ten (2013). *Catharsis, Integratie en Transformatie. Handboek transpersoonlijke regressietherapie*. Ommen: Tasso uitgeverij.

Lange A., Schrieken B., Ven J.P. van de & Blankers M. (2000). De korte klachtenlijst (KKL). *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 20, 384-392.

Keesee N.J., Currier J.M. & Neimeyer R.A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *J Clin Psychol* 64(10), 1145-1163.

Prigerson H.G., Maciejewski P.K., Reynolds III C.F. & al. (1995). Inventory of complicated grief: a scale of measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Simon N.M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, 310(4), 416-423.

Stroebe M., Schut H. & Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.

Wetherell J.L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues Clin Neurosci.*, 14(2), 159-166.