

BACHELORTHESE
AFDELING KLINISCHE PSYCHOLOGIE
FACULTEIT DER MAATSCHAPPIJ EN
GEDRAGSWETENSCHAPPEN
UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

De invloed van rouw op het ontwikkelen van stoornissen

Laurens Mulder

6022944

Juni, 2013

Begeleider: Arjen Noordhof

Inhoudsopgave

Abstract

3

Introductie	4
Welke rol speelt rouw bij zowel het ontwikkelen van stemmingsklachten, angstklachten en Complicated Grief?	6
Welke risicofactoren spelen een mediërende of modererende rol bij het verloop van het rouwproces en hieruit volgende stoornissen?	13
Conclusie	17
Literatuurlijst	19

Abstract

Rouw is een proces van verwerking dat iedereen gedurende het leven eens zal meemaken. Een proces van verwerking dat op emotioneel, cognitief, fysiek en sociaal niveau speelt. Rouw brengt vaak gevoelens van depressie en angst met zich mee, echter wanneer deze niet na een bepaalde

periode verminderen of verwerkt worden kan dit leiden tot mogelijke diagnoses. Hier zal aandacht worden besteed aan de rol die rouw speelt bij het ontwikkelen van stemmings- of angstklachten en de mogelijke risicofactoren die van invloed zijn op deze ontwikkeling. Er zal geconcludeerd worden dat rouw leidt tot zowel stemmingsklachten als angstklachten, zoals MDD en Separation Anxiety. Ook kan Prolonged Grief Disorder (PGD) gediagnosticeerd worden wanneer rouw langere tijd aanhoudt en kan deze nieuwe diagnose zich duidelijk onderscheiden van diagnoses van stemmings- en angstsyndromen. De aanwezigheid van negatieve cognities, zoals rumination, en de afwezigheid van positieve cognities, zoals mastery, kunnen een mediërend effect hebben op ontwikkelen van klachten. Sommige demografische factoren zoals leeftijd en geslacht hebben een modererende invloed op het ontwikkelen van klachten. Onderzoek naar de invloed van rouw op het ontwikkelen van klachten kan bijdragen aan preventie van klachtontwikkeling en kan leiden tot mogelijke adequate opvang van rouwende.

Introductie

De dood van een naaste kan een ingrijpende gebeurtenis zijn die iedereen gedurende zijn leven eens meemaakt. Jaarlijks sterven er in Nederland rond de 137 000 mensen, waarvan de meesten familie en vrienden hebben die het verdriet van het verlies moeten doorstaan. (CBS, 2012). De rouw die hieruit kan volgen is hierop een natuurlijke respons en bestaat uit het proces van verwerking op emotioneel, cognitief, fysiek en sociaal niveau. Wanneer rouw langere tijd aanhoudt

kunnen de consequenties van een verlengde rouw periode, of hieruit volgende stoornissen, een grote impact hebben op het verdere welzijn van het rouwende individu. Het is van belang te onderzoeken welke rol rouw speelt bij het ontwikkelen van stoornissen en welke risicofactoren van invloed zijn op dit proces.

Zoals beschreven is rouw een natuurlijke proces van verwerking dat een erg persoonlijk beloop kent (Greenstreet, 2004, aangehaald in Buglass, 2010). Wanneer iemand rouwende is, wordt deze persoon uitgesloten van diagnostische criteria, zoals beschreven door de de DSM-IV. Pas wanneer een rouwende een vastgestelde tijd van rouw heeft doorlopen, worden symptomen als abnormaal beschouwd en komt de persoon in aanmerking voor mogelijke diagnoses. Het rouwproces is echter noch lineair, noch belopen rouwende dit proces altijd binnen deze vastgestelde tijdspanne. Mocht deze persoon dus begeleiding nodig hebben, wordt screening of opvang lastig gemaakt door het criterium van uitsluitel. Met de opkomst van de DSM-V wordt deze kwestie enigszins aangesproken. (Lichtenthal et al., 2004, aangehaald in Boelen et al., 2007). Een rouwperiode die langere tijd aanhoudt, waarbij symptomen van zowel angst- als stemmingsstoornissen voor komen, wordt hierin aangeduid als Complicated Grief (CG) of Prolonged Grief Disorder (PGD). Dit criterium zal de aandacht eerder vestigen op mensen die mogelijk psychisch verergeren ten gevolge van een rouwproces.

Wanneer iemand moeite heeft met het verwerken van het overlijden van een naaste of mogelijk stemmings- of angstklachten ontwikkelen, is het van belang te begrijpen hoe en in welke mate rouw hier invloed op uitoefent. Niet bij ieder rouwend persoon hoeft echter deze verergering op te treden en daarom is het belangrijk te onderzoeken welke individuele verschillen en verschillen van het doorlopen van het proces een mediërende of modererende rol spelen. Deze inzichten kunnen ervoor zorgen dat opvang en preventie een grotere rol dienen te spelen.

De voornaamste klachten die optreden bij ernstige en langdurige rouw zijn stemmingsklachten en angstklachten, die ertoe kunnen leiden dat iemand voldoet aan criteria van een stemmings- of angststoornis. Daarnaast zijn er klachten beschreven in PGD, namelijk specifieke aanhoudende symptomen die gerelateerd zijn aan rouw. Om deze voornaamste klachten te onderzoeken wordt er in de eerste paragraaf aandacht besteed aan de invloeden die rouw heeft op het ontwikkelen van stemmingsklachten, angstklachten en PGD. Hoewel rouw en klachten hand in hand gaan, kampt lang niet iedereen die een dierbare verliest met deze klachten. Het is dit verschil dat aanduidt dat er mogelijke modererende of mediërende factoren zijn die een invloed kunnen hebben op het rouwproces. Het is van belang deze verschillen uiteen te zetten, zodat een onderscheid kan worden gemaakt tussen rouwende mensen die wel of niet problematische vormen van rouw ervaren. Welke factoren een aanzienlijke rol spelen tijdens het rouwproces wordt besproken in paragraaf 2.

Welke rol speelt rouw bij zowel het ontwikkelen van stemmings- en angstklachten als diens invloed op Complicated Grief?

Zoals eerder is beschreven gaat een rouwperiode gepaard met het doorlopen van uiteenlopende gevoelens en emoties. Gevoelens en emoties die na een bepaalde tijd meestal verminderen en verdwijnen wanneer het verlies is verwerkt. Soms verdwijnen deze klachten echter niet en zal het exclusie-criterium van diagnoses, dat opgaat tijdens een rouwperiode, niet meer gelden. Omdat uit deze klachten mogelijke diagnoses kunnen volgen moet duidelijk worden welke rol rouw speelt bij het ontwikkelen van stemmings- of angstklachten. Mensen die een dierbare verliezen ervaren veelal gevoelens van somberheid of andere depressieve klachten. Om inzicht te krijgen in hoeverre dit voor komt wordt ten eerste uiteengezet wat de prevalentie van de diagnose Major Depressive Disorder (MDD) tijdens weduwschap is. (Onrust & Cuijpers, 2006). Ten tweede

is MDD niet de enige stemmingsklacht die valt te constateren na het beloop van een rouwperiode en zal er gekeken worden of er ook andere vormen van stemmingsklachten voortkomen uit het rouwproces. (Zisook et al., 1997). Stemningsklachten onderverdelen in subcategorieën zou kunnen leiden tot het beter en makkelijker diagnosticeren van mensen die deze klachten ervaren. Deze onderverdeling in verschillende syndromen is echter enigszins arbitrair, omdat klachten zelden een lineair verloop hebben en beïnvloeden onderlinge symptomen elkaar in verschillende mate. Om deze rede wordt er ten derde gekeken naar een recent ontwikkelde techniek waarmee dit kan worden geanalyseerd. (Glatzer-Levy & Nonanno, 2012). Naast stemningsklachten, moet ook onderzocht worden wat de rol van rouw is op het ontwikkelen van angstklachten. Denk hierbij aan bekende klachten, zoals Post-Traumatische stress stoornis (PTSS), die voortkomen uit heftige, emotionele situaties; een ernstige diagnose die in vergelijking met andere klachten chronisch kan aanhouden. Met name wanneer PTSS vroeg wordt gediagnosticeerd en behandeld, nemen de kansen op afname van de klachten toe. (Zisook, 1998, aangehaald in O'Conner, 2009). Om ook hier te kijken in hoeverre PTSS voor komt, zal ten eerste aandacht worden besteed aan de prevalentie van PTSS bij oudere weduwen. (O'Conner, 2009). Onderzoek naar algehele prevalentie onder rouwende, die kampen met PTSS is erg schaars. Veel onderzoek richt zich op specifieke doelgroepen. Omdat dit een mogelijke beperking kan zijn voor de generalisatie van de gevonden prevalentie zal verdere aandacht worden besteed aan een andere doelgroep, namelijk rouwende mensen die een dierbare hebben verloren ten gevolge van kanker. (Kristensen et al. 2012). Een andere mogelijke angstklacht is Separation Anxiety, ofwel de angst voor verlaten. Deze angst lijkt sterk samen te hangen met Complicated Grief (CG). CG kan vertaald worden als pathologische rouw. Beide zijn mogelijke uitkomsten van rouw en zullen daarom ten derde worden behandeld. (Pini et al., 2012). De opkomst van CG zorgt er voor dat veel onderzoek zich hier nu op spitst. Ten eerste zal worden gekeken naar de gevolgen van CG op de mentale gezondheid. (Van Ott, 2004). Ten tweede is het zo dat de diagnose CG zowel stemmings- als angstsymptomen bezit. Er zal daarom onderscheid moeten worden gemaakt tussen de diagnose CG en diagnoses gerelateerd aan stemmings- en angstklachten. (Dell'Osso et al., 2012).

Het onderzoek van Onrust en Cuijpers (2006) toont aan dat maar liefst 17,5% van de onderzochte weduwen (N=1051) kampen met de diagnose Major Depressive Disorder (MDD), 36 maanden nadat zij een dierbare hadden verloren. Aan de diagnose MDD wordt voldaan wanneer iemand minstens vijf symptomen van de DSM-4 criteria nakomt en daar significant onder lijdt. De prevalentie lag hoger wanneer gekeken werd naar een periode van 12 maanden na het verlies en steeg over die tijdsspanne naar 21,9%. Hoewel de prevalentie lijkt te zakken naarmate de tijd verstrijkt, ligt deze hoger in vergelijking met andere onderzochte diagnoses, zoals angstklachten. Dit duidt aan dat stemmingsklachten de grootste rol spelen na het beloop van de rouwperiode. Uit

dit onderzoek valt op te maken dat MDD een mogelijke belangrijke uitkomst is van rouw, echter vertalen stemmingsklachten zich niet meteen naar een extreme diagnose zoals MDD en zijn er mogelijke andere diagnoses die gesteld kunnen worden. Verschillende stemmingsklachten kennen namelijk een verschillende mate van ernst. Terwijl één rouwend persoon vele stemmingsklachten kan ervaren en dus kan voldoen aan de criteria van MDD, kan een ander rouwend persoon deze klachten in mindere mate ervaren. Desondanks kan iemand hier toch significant onder lijden en is het van belang ook aandacht te besteden aan het gehele spectrum van stemmingsklachten om toekomstige opvang en begeleiding hierop af te kunnen stemmen.

Stemmingsklachten in de vorm van een syndroom kunnen onderverdeeld worden in het eerder besproken MDD, Minor depressie en subsyndromale depressie. Aan de diagnose “minor” depressie wordt voldaan wanneer iemand in ieder geval geen MDD heeft, alsmede tussen de twee en de vier symptomen van de DSM-4 ervaart. Er wordt van subsyndromale depressie gesproken wanneer iemand niet voldoet aan de criteria van zowel “major” als “minor” depressie en wanneer iemand twee of meer DSM-4 depressieve symptomen ervaart, maar waarbij er geen gevoelens van somberheid of anhedonie worden ervaren. Het onderzoek van Zisook et al. (1997) besteedt aandacht aan de prevalentie van stemmingsklachten, bij rouwende mensen (N=350), onderverdeeld in deze drie categorieën. Ook werd onderzocht of het eerder, voor een rouwperiode, gediagnosticeerd zijn met MDD invloed heeft op een diagnose van MDD, “minor” depressie of subsyndromale depressie na een rouwperiode. Uit de resultaten bleek dat 20% gediagnosticeerd werden met MDD, nog eens 20% gediagnosticeerd met “minor” depressie en 11% subsyndromale klachten ervoer. Hieruit kan opgemaakt worden dat meer dan de helft van de onderzochte rouwende mensen aan een diagnose voldeed binnen het spectrum van stemmingsklachten. Hierbij moet wel vermeld worden dat alhoewel subsyndromale klachten langere tijd aanhielden, zowel MDD als “minor” depressie verminderden in ernst, gedurende 25 maanden. Ook bleek het eerder gediagnosticeerd te zijn met MDD een voorspeller voor het ervaren van stemmingsklachten na een rouwperiode. Mensen die ooit een eerdere diagnoses van MDD hadden gehad, ontwikkelden na een verlies een subsyndromale depressie (10%), een “minor” depressie (17%) of een MDD (30%). Uit voorgaande onderzoeken kan opgemaakt worden dat mensen lijden aan verschillende soorten stemmingsklachten en dat dit in verschillende gradaties kan voor komen.

Veel onderzoek, waaronder de eerder aangekaarte onderzoeken, zijn echter uitgevoerd vóór de opkomst van geraffineerde analytische technieken. Stemmingsklachten onderverdelen in drie subcategorieën leidt tot het beter en makkelijker diagnosticeren van mensen die deze klachten ervaren. Zoals eerder is vermeld hebben klachten echter zelden een lineair verloop en beïnvloeden de onderlinge symptomen elkaar in verschillende mate. De klachten lijken een complex samenspel dat veranderlijk is over de tijd. Een recent ontwikkelde techniek waarmee dit kan worden

geanalyseerd is LCGA. Met LCGA kan worden onderzocht of er combinaties van latente variabelen binnen een populatie zijn, waarbij de individuele verschillen van mensen in acht worden genomen. (Curran & Hussong, 2003, aangehaald in Glatzer-Levy & Bonanno, 2012). Door middel van LCGA werden de mogelijke uitkomsten en het verloop van stemmingsklachten tijdens de rouwtijd tot 48 maanden na deze periode onderzocht. (Glatzer-Levy & Bonanno, 2012). Aan het onderzoek namen 1487 mensen deel die een rouwperiode hadden doorlopen. Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers verdeeld kunnen worden over vier verschillende soorten trajecten: Resilient, Depressed-Improved, Chronic Depression en Chronic Grief. Resilient (66,3% van de deelnemers) kenmerkt zich door een patroon van verminderde hoeveelheid stemmingsklachten dat stabiel blijft over tijd. Depressed-Improved (10,1%) duidt aan dat er voldaan werd aan stemmingsklachten vóór het overlijden van een naaste, maar dat de stemmingsklachten afnamen na het overlijden. Chronic Depression (14,5%) beschrijft het ervaren van stabiele stemmingsklachten vóór het overlijden, zowel als na het overlijden. Chronic Grief (9,1%) wordt beschreven als een drastische toename van stemmingsklachten na het overlijden. Hieruit kan worden opgemaakt dat er, naast het simpel classificeren van stemmingsklachten ook rekening gehouden moet worden met de richting en het verloop dat stemmingsklachten kunnen doorlopen tijdens een rouwperiode. Wat opvalt, is dat stemmingsklachten stabiel kunnen blijven of kunnen toenemen, maar dat stemmingsklachten ook kunnen afnemen. Van het laatste kan sprake zijn wanneer iemand bijvoorbeeld een gevoel van opluchting ervaart nadat een naaste lang heeft gestreden tegen een ziekte.

Uit voorgaande onderzoeken wordt duidelijk dat stemmingsklachten een zeer mogelijke uitkomst zijn van rouw. Ook wordt duidelijk dat het simpelweg diagnosticeren van het wel of niet ervaren van stemmingsklachten niet genoeg is en dat deze zowel verschillende vormen aan kunnen nemen, als veranderlijk over de tijd zijn. Stemmingsklachten liggen op de voorgrond van de rouwperiode, maar naast stemmingsklachten zijn er ook andere klachten die een belangrijke en beïnvloedende rol spelen na het rouwproces, waaronder angstklachten.

Een van de voornaamste angstsyndromen die voorkomt is de diagnose Post-Traumatisch Stress Stoornis (PTSS). Een ernstige diagnose die in vergelijking met andere klachten chronisch kan aanhouden (Zisook et al., 1998, aangehaald in O'Conner, 2009). Met name wanneer PTSS vroeg wordt gediagnosticeerd en behandeld, neemt de kans op afname van de klachten toe. (Foa et al., 2007 & Boelen et al., 2007, aangehaald in O'Conner, 2009).

Het onderzoek van O'Conner (2009) onderzocht de prevalentie van PTSS na een rouwperiode. Uit het onderzoek bleek dat na een rouwperiode 16% van de onderzochten (N=296) de DSM-criteria van PTSS nakwamen in vergelijking met 4% van de mensen in de controle conditie (N=276). Hieruit kan worden opgemaakt dat rouw een behoorlijke invloed heeft op het

ontwikkelen van angstklachten, die zich uiten in de vorm van PTSS en dat deze klachten stabiel waren over tijd. Een tekortkoming aan het voorgaande onderzoek is dat de onderzochte populatie voornamelijk bestond uit oudere mensen die hun echtgenoot hadden verloren. Omdat dit een mogelijke limitatie kan zijn voor de generalisering van de gevonden prevalentie moet verdere aandacht worden besteed aan andere bevolkingsgroepen.

Onderzoek toont aan dat rouw kan leiden tot het ervaren van PTSS bij mensen die een dierbare hebben verloren ten gevolge van kanker. (Kristensen et al. 2012). Aan het onderzoek namen 132 mensen deel. Allen hadden een naaste verloren ten gevolge van kanker. Uit de resultaten blijkt dat 1 maand na het verlies, 29,5% van de deelnemers aan alle drie de diagnostische criteria van PTSS voldeed. Ook voldeed 26,2% aan sub-klinische criteria van PTSS. Hieruit kan opgemaakt worden dat veel van de PTSS klachten tot uiting komen na het verliezen van een naaste. Deze kennis, gepaard met het feit dat PTSS klachten chronisch kunnen aanhouden, duidt aan dat dit een zorgwekkende consequentie is van het overlijden van een naaste.

Uit de DSM-4 is op te maken dat Separation Anxiety kan ontstaan na een verlies en dat een verlies op jongere leeftijd kan ontwikkelen tot een Childhood Separation Anxiety Disorder (CSAD) of op latere leeftijd tot een Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD). Dit wordt geconstateerd wanneer iemand 8 symptomen gedurende minstens 4 weken vertoont, die gerelateerd zijn aan angst voor verlaten (Pini et al., 2012). Eerder onderzoek heeft ook aangetoond dat ASAD veel comorbide voorkomt bij zowel stemmings- als angstklachten. (Manicavasagar et al, 2000; Wijeratne and Manicavasagar, 2003; Pini et al, 2009; Cyranowski et al., 2002, aangehaald in Pini et al., 2012).

De relatie tussen Separation Anxiety en Complicated Grief (CG) wordt hier beschreven. (Pini et al., 2012). Zoals eerder beschreven is CG hetzelfde als pathologische rouw. Rouwende mensen gediagnosticeerd met CG hebben een grotere kans op negatieve uitkomsten op zowel mentaal als fysiek gebied (Prigerson et al., 1997, aangehaald in Pini et al., 2012). Om deze relatie vast te stellen, werden de prevalentie en klinische karakteristieken van Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD) bij mensen met CG onderzocht. Aan het onderzoek namen 454 mensen deel, die voldeden aan criteria van stemmings- of angststoornissen. Uit de resultaten blijkt dat 33,3% van de onderzochten voldeden aan de criteria van CG en er een significante relatie was tussen ASAD en CG, maar niet tussen Childhood Separation Anxiety (CSAD) en CG. De resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek die stelde dat Separation Anxiety kan voortkomen uit een stressvolle gebeurtenis, zoals rouw tijdens volwassenheid. (Manicavasagar en Silove, 1997, aangehaald in Pini et al., 2012). Verder is het van belang op te merken dat, hoewel Separation Anxiety voort kan komen uit rouw, dit zelf verder dient als moderator jegens het ontwikkelen van CG, aangezien mensen met Separation Anxiety een hogere kans hadden op het ontwikkelen van CG (56%) in tegenstelling tot het niet ontwikkelen van CG (40%).

Uit bovenstaande onderzoeken valt op te maken dat angstklachten zoals PTSS een ernstig gevolg kunnen zijn na een rouwperiode en dat een angstklacht zoals Separation Anxiety zelfs kan leiden tot verergering van klachten of kan bijdragen aan het ontwikkelen van een diagnose als CG. Het wordt duidelijk dat CG een verlenging van het rouwproces beschrijft en een mogelijke verergering van zowel stemmings- als angstklachten kan aanduiden.

Van Ott (2004) onderzocht in hoeverre Complicated Grief (CG) invloed heeft op de mentale gezondheid, 18 maanden na het rouwproces. Aan het onderzoek namen 112 mensen deel. Uit de resultaten blijkt dat 25,89% van de deelnemers voldeden aan de criteria van CG gedurende 18 maanden na een rouwperiode. Deze groep ervoer significant verminderde gevoelens van sociale opvang, zoals steun. Ook rapporteerden zij dat ze meer stressoren ervoeren. Daarbij verbeterden de deelnemers klinisch minder, gedurende 18 maanden. Hieruit kan opgemaakt worden dat CG veelvuldig voorkomt en het is dan ook niet verwonderlijk dat CG mogelijk wordt opgenomen binnen de DSM-5, gezien de aard, prevalentie en ernst van CG. CG komt ook veel comorbide voor, voornamelijk met MDD. (Melhem et al., 2001, Shear et al., 2011, aangehaald in Dell'Osso et al., 2012).

Complicated Grief (CG) kent veel overeenkomsten met zowel stemmings- als angstsymptomen. Eerder werd beschreven dat het krijgen van Separation Anxiety een verhoogd risico op het ontwikkelen van CG met zich meebrengt. Omdat er overeenkomsten zijn qua symptomatologie en de relatie met Separation Anxiety is het van belang een onderscheid te maken tussen de syndromen. In onderzoek van Dell'Osso et al. (2012) werd getracht onderscheid te maken tussen CG en PTSS. Hierbij werd met name gekeken welke rol Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD) hierbij speelt. Aan het onderzoek namen 116 mensen deel, waarbij 66 gediagnosticeerd waren met PTSS, 22 met CG en 28 met beide. Uit het onderzoek blijkt dat CG meer voor komt bij vrouwen. Hieruit kan worden opgemaakt dat vrouwen een hoger risico hebben om ernstige rouw te ervaren en mogelijk het daaruit volgende CG te ontwikkelen. Ook blijkt dat bijna twee derde van de patiënten met CG of zowel CG als PTSS voldeden aan de diagnose MDD, in vergelijking met de groep die alleen gediagnosticeerd was met PTSS. Hieruit kan opgemaakt worden dat CG hoog comorbide voor komt met andere stemmingssyndromen (70%) in vergelijking met PTSS. Uit de resultaten blijkt verder dat er geen verschil was gevonden in mate van ASAD tussen mensen met CG in vergelijking met mensen met PTSS, echter scoorden beide groepen hoog op ASAD. Dit toont aan dat er duidelijke verschillen zijn tussen CG en PTSS en dat ondanks symptomen overeenkomen, dit wel twee verschillende syndromen zijn.

Binnen de literatuur werd onderscheid gemaakt tussen Complicated Grief (CG) en het syndroom CG-Disorder. Het verschil tussen de twee was miniem, echter met de opkomst van de DSM-5, waarbij het syndroom een eigen plek zou krijgen, is besloten enige misstanden, zoals het

verwarren met Complicated Bereavement, te voorkomen door de twee te integreren. De naam is veranderd naar Prolonged Grief Disorder (PGD). Ofwel, aanhoudende symptomen van rouw gekenmerkt door moeite met aanpassen na het verlies. Dit wordt gediagnosticeerd wanneer iemand na een rouwperiode voldoet aan 1-3 symptomen van Separation Anxiety en 5-9 “Cognitieve, emotionele en gedragsmatige symptomen” die gedurende 6 maanden significant verslechteren. (Prigerson et al. 2007, aangehaald in Boelen, 2007). Het onderzoek van Boelen en Prigerson (2007) onderzocht de validiteit van PGD om de kennis van de nieuwe diagnose te vergroten. Aan het onderzoek namen 346 mensen deel. De resultaten sluiten aan bij voorgaand onderzoek, waarbij werd gevonden dat PGD, ondanks diens overeenkomsten met stemmings- en angstsyndromen, zich hiervan onderscheidt en dus als een apart syndroom gezien kan worden. Zowel PGD, stemmingsklachten als angstklachten zorgen allen voor vele negatieve mentale uitkomsten. Bij de onderzochten verklaarde PGD echter de variantie van uitkomsten zoals pijn, suïcidale gedachten en algehele stemmingsklachten gedurende 27 maanden na het rouwproces. Angstklachten verklaarde de variantie van uitkomsten zoals mentale gezondheid, slaap problemen en algehele angstklachten gedurende 27 maanden na het rouwproces. Hieruit kan worden opgemaakt dat, in overeenstemming met voorgaande onderzoeken, PGD zich onderscheidt van zowel stemmings- als angstsyndromen en dat PGD mogelijk voor verergering van symptomen binnen stemmings- en angstklachten kan zorgen en zelfs invloed heeft op andere factoren zoals suïcide gedachten.

Uit bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat rouw invloed heeft op stemmingsklachten en angstklachten en dat dit kan leiden tot mogelijke diagnoses zoals MDD, PTSS en PGD. Stemmingsklachten ten gevolge van rouw kunnen dor middel van nieuwe analytische technieken zoals LCGA in vier categorieën worden ingedeeld, namelijk Resilient, Depressed-Improved, Chronic Depression en Chronic Grief. Angstklachten zoals PTSS en Separation Anxiety blijken ook een mogelijk gevolg te zijn, na het overlijden van een naaste. Separation Anxiety kan voortkomen uit het doorstaan van een stressvolle gebeurtenis zoals het verliezen van een naaste. Separation Anxiety kan zich ontwikkelen tijdens de volwassenheid en wordt benoemd als Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD). ASAD blijkt een voorspeller voor het ontwikkelen van Prolonged Grief Disorder (PGD), ofwel het pathologisch aanhouden van rouw. Er kan opgemaakt dat het hebben van Separation Anxiety kan leiden tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van zowel PTSS als PGD. Dit tezamen toont aan dat de gevolgen van rouw zowel divers als complex zijn.

Welke risicofactoren spelen een mediërende of modererende rol bij het verloop van het rouwproces en hieruit volgende stoornissen?

Het begint erop te lijken dat mensen een verhoogd risico hebben om een stemmings- en/of angstklacht te ontwikkelen na het verlies van een naaste. Desondanks lijdt niet iedereen aan deze symptomen. Velen doorstaan rouw en kunnen na het verwerken van het verlies het leven weer oppakken. Van belang is te onderzoeken wat het onderscheid maakt tussen de mensen die ten gevolge van rouw wel negatieve gevolgen ervaren, en degene die dit niet ervaren. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door risicofactoren of kwetsbaarheden. Er wordt hier daarom in deze paragraaf aandacht aan besteed. De soort invloeden die risicofactoren en kwetsbaarheden uitoefenen is tweeledig. Deze kunnen namelijk een modererende of een mediërende rol aannemen. Onder een mediërende rol wordt verstaan dat een risicofactor de relatie tussen een factor en een bepaalde uitkomst kan verklaren. Onder een modererende rol wordt verstaan dat een risicofactor invloed heeft op de relatie, zowel qua sterkte als qua richting, tussen twee factoren. Met de opkomst van onderzoek naar de nieuwe diagnose Prolonged Grief Disorder (PGD) gaat er veel aandacht naar de risicofactoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van PGD. In de vorige paragraaf werd al duidelijk dat een factor als Separation Anxiety een mediërend effect heeft op de relatie tussen het doorstaan van een verlies en het mogelijk ontwikkelen van PGD. Om verdere associaties tussen risicofactoren, zoals negatieve cognities en vermijdingsgedrag, en PGD te achterhalen zal hier ten eerste aandacht aan worden besteed. (Boelen, 2006). Ten tweede zal gekeken worden of risicofactoren niet alleen invloed hebben op PGD, maar mogelijk ook invloed kunnen hebben op andere gebieden, zoals stemmingsklachten. (Houwen et al., 2010). Hoewel dit inzicht kan geven in de gevolgen van de aanwezigheid van negatieve risicofactoren of kwetsbaarheden, wordt vaak over het hoofd gezien dat de afwezigheid van positieve factoren mogelijk ook negatieve gevolgen met zich mee kan brengen. Ten derde zal worden besproken wat de invloed kan zijn van deze afwezigheid van beschermende factoren. (Onrust et al., 2007). Interne factoren zoals de aan- of afwezigheid van zowel negatieve als positieve factoren hoeven te dienen als risicofactor of

kwetsbaarheid. Ten vierde worden mogelijke externe factoren, zoals de modus van de dood van de naaste, behandeld. (Barry et al., 2002). Wanneer soorten dood worden behandeld, is er mogelijk geen zó ingrijpend als zelfmoord. Ten vijfde zal dan ook de invloed van zelfmoord op naaste worden uiteengezet. (Mitchell et al., 2009).

Onderzoek van Boelen et al. (2003, aangehaald in Boelen et al., 2006) heeft aangetoond dat negatieve cognities en vermijdingsgedrag een belangrijke rol spelen bij Prolonged Grief Disorder (PGD). Negatieve cognities kunnen worden beschreven als negatieve gedachtes over het zelf, het leven en de toekomst. De angst voor confrontatie, met betrekking tot het verlies dat is geleden, leidt tot vermijdingsgedrag jegens deze ervaren confrontatie. De associaties tussen PGD, stemmingsklachten, negatieve cognities en vermijdingsgedrag werd onderzocht door middel van 97 deelnemers die een rouwproces hebben doorlopen. (Boelen et al., 2006). PGD werd vastgesteld door middel van de "Inventory of Complicated Grief" (ICG) en negatieve cognities middels de "Grief Cognitions Questionnaire" (GCQ). Deze werden uiteengezet in vier verschillende subgroepen: het negatief interpreteren van het zelf, het leven, de toekomst en de interpretatie van rouw als bedreigend. Hiermee kon de mate waarop deze cognities negatief waren beoordeeld, uiteengezet worden. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen een grotere kans hebben op het ontwikkelen van PGD dan mannen. Verder is gebleken dat de variantie van PGD en stemmingsklachten grotendeels werden verklaard door negatieve cognities, echter niet door vermijdingsgedrag. Hieruit kan worden opgemaakt dat negatieve cognities een mediërende rol spelen bij de relatie tussen rouw en het ontwikkelen van PGD of stemmingsklachten. Het wordt duidelijk dat negatieve cognities een grote rol spelen, echter kunnen negatieve cognities niet alleen verklaard worden door deze vier subgroepen. Om een beter beeld te krijgen moeten ook andere belangrijke en invloedrijke cognities bestudeerd worden om een beter begrip te krijgen van de achterliggende processen.

Rumination is het piekeren over gebeurtenissen die juist niet hebben te maken met het overlijden van een naaste en kan gezien worden als een vorm van cognitief vermijden. (Horowitz, 1997, Horowitz et al, 1993). Cognities, waaronder rumination, werden onderzocht door van der Houwen et al. (2010). In dit onderzoek werd aandacht besteed aan de mediërende effecten van rumination, ontwijkend gedrag en dreigende interpretaties van verdriet en diens invloeden op gebieden als verdriet, stemmingsklachten, emotionele eenzaamheid en positieve stemming. Onder dreigende interpretaties van verdriet wordt het angstig en negatief interpreteren van de reactie op verdriet verstaan. Aan het onderzoek namen 195 mensen deel. Uit de resultaten bleek dat zowel rumination als dreigende interpretaties van verdriet stemmingsklachten grotendeels verklaarden. De cognities verklaarde tezamen tussen de 15% en de 49% van factoren die leiden tot stemmingsklachten. Uit dit onderzoek blijkt ontwijkend gedrag ook geen mediërende functie te hebben. Hierbij bleken uit de resultaten enkele mediërende factoren van invloed te zijn. De ervaring

van verminderd opgevangen worden door de sociale omgeving verhoogt de kans op rumination, ofwel piekeren, en dit leidt mogelijk tot een verhoogde kans op stemmingsklachten. Ook het soort dood bleek een invloed te hebben op de cognitieve processen. De resultaten tonen aan dat het onverwacht overlijden van een naaste de rouwende persoon meer aanzette tot rumination en dreigende interpretaties van verdriet, in vergelijking met mensen die de dood wel verwachtte. Dit valt te verklaren doordat rumination ervoor zorgt dat de aandacht gevestigd wordt op de oorzaken en de gevolgen van de dood. Er kan geconcludeerd worden dat zowel rumination als dreigende interpretaties van verdriet veel invloed hebben op de uitkomst van het rouwproces.

Naast de aanwezigheid van deze negatieve cognities kan kwetsbaarheid ook voortkomen uit de afwezigheid van positieve, beschermende factoren. De invloeden die beschermende factoren, of juist de afwezigheid van deze factoren hebben op het rouwproces werd onderzocht door Onrust et al. (2007). Deze factoren waren: mastery; ofwel het gevoel van een individu dat hij of zij de controle heeft over zijn eigen leven, fysieke gezondheid en locus of control. Locus of control is de mate waarin men oorzaken van gebeurtenissen die hen overkomt aan zichzelf of aan iets buiten het zelf toeschrijft. Aan het onderzoek namen 308 weduwen deel. Uit de resultaten blijkt dat 41% van de variantie binnen stemmingsklachten werd voorspeld door een lagere leeftijd en een verlaagde mastery. Naast leeftijd bleek ook scholing, beide als demografische factoren, een mediërende invloed te hebben op het psychologisch welzijn na het rouwproces. Vondsten met betrekking tot de invloed van leeftijd lopen erg uiteen, echter werd in dit onderzoek gevonden dat ouderen een hogere kans hadden op het ontwikkelen van klachten. In overeenstemming met andere onderzoeken blijkt dat mensen die lager geschoold zijn meer klachten ontwikkelen. Ook bleek dat een hoge mastery en interne locus of control een beschermende invloed hebben op de vorming van angstklachten. Het wordt hieruit duidelijk dat zowel negatieve als positieve cognities invloed hebben op het rouwproces. Naast cognitieve processen kunnen ook demografische factoren invloed uitoefenen op dit proces. Dit toont aan dat externe factoren mogelijk ook een grote rol kunnen spelen bij het beloop en de uitkomst van het rouwproces.

Er is gesuggereerd dat het soort dood ook een mogelijk risicofactor kan zijn en blijkt dat het plotseling of onverwacht overlijden van een dierbare een verhoogd risico met zich meebrengt. (Jacobs et al, 1986, Willis et al, 1987, aangehaald in Barry et al., 2002). Het mogelijk ontwikkelen van klachten kan voortkomen uit hoe men de gebeurtenissen omtrent de dood ervaart. Ook kan de mate waarin zij voorbereid zijn op de dood van invloed zijn op het ontwikkelen van klachten. Dit werd beide onderzocht door Barry et al. (2002). Aan het onderzoek namen 122 mensen deel. Uit de resultaten blijkt dat wanneer men voorbereid is op het verlies, dit geassocieerd werd met zowel MDD als Prolonged Grief Disorder (PGD). Wanneer de dood werd ervaren als zijnde gewelddadig werd dit slechts met MDD geassocieerd. Ook mensen die zichzelf ervoeren als minder voorbereid

op het verlies, werden geassocieerd met PGD. Uit bovenstaand onderzoek kan worden opgemaakt dat de ervaringen, qua voorbereidheid en de ervaring van de dood als zijnde gewelddadig, invloed kunnen hebben op het rouwproces en kunnen leiden tot stemmingsklachten en PGD. Met betrekking tot de verschillende soorten dood die onderzocht worden, is er een die het meest ingrijpend is op zijn omgeving, namelijk de suïcide.

Dagelijks plegen er ongeveer vier mensen zelfmoord in Nederland. (CBS, 2012). Dit is daarmee een belangrijke, veel voor komende factor die een mogelijk invloed heeft op het rouwproces. Naasten die een dierbare hebben verloren ten gevolge van zelfmoord worden in de literatuur ook wel 'suicide survivors' genoemd. (Colt, 1991, aangehaald in Mitchell et al. 2009). De literatuur wijst er op dat 'suicide survivors' minder ondersteund worden door hun sociale omgeving, een factor die ook bijdraagt aan het ontwikkelen van klachten. De mate waarin stemmings- en angstklachten voor komen bij 'suicide survivors' werd onderzocht door Mitchell et al. (2009). Aan het onderzoek namen 60 'suicide survivors' deel. Uit de resultaten blijkt dat hoe meer een persoon verwant is met degene die zich het eigen leven heeft ontnomen, hoe hoger de kans was dat PGD zich ontwikkelde. Ook leidde verhoogde mate van verwantschap tot een verhoging van suïcidale gedachtes binnen de 'suicide survivors' zelf. PGD en stemmingsklachten kunnen ook als mediërende factoren gezien worden, aangezien deze het onafhankelijk het risico verhoogden op suïcidale gedachtes.

Uit bovenstaande onderzoeken wordt duidelijk dat zowel positieve als negatieve cognities invloed uitoefenen op het rouwproces. Negatieve cognities, zoals het negatief beoordelen van het zelf, het leven en de toekomst, maar ook rumination lijken een mediërend effect te hebben op de relatie tussen rouw en het ontwikkelen van PGD, stemmings- of angstklachten. De afwezigheid van positieve cognities zoals mastery lijken een beschermende functie juist weg te halen en verhoogt dit de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van klachten. Modererende factoren zoals leeftijd en scholing lijken deze ontwikkeling ook te bevorderen. Gedachtes omtrent de dood en de doodsoorzaak zelf, met name bij zelfmoord, blijken ook van invloed te zijn op het ontwikkelen van stemmingsklachten, angstklachten en PGD.

Conclusie

Rouw is een persoonlijk, complex en niet-lineair proces. Om het proces beter te begrijpen is onderzocht welke rol rouw speelt bij het ontwikkelen van stemmings- en angstklachten en welke risicofactoren deze ontwikkeling beïnvloeden. Er kan geconcludeerd worden dat rouw leidt tot het ontwikkelen van zowel stemmingsstoornissen als angststoornissen. Pathologische rouw wordt gedefinieerd als Prolonged Grief Disorder (PGD) en leidt ook tot zowel stemmings- als angstklachten. Er zijn ook bepaalde risicofactoren die een mediërend of modererend effect hebben op de relatie tussen het doorlopen van rouw en het ontwikkelen van klachten.

Stemmingsstoornissen zoals Major Depressive Disorder (MDD), 'minor' depressie en subsyndromale depressie worden veelal genoemd als zijnde de mogelijke klachten die voort kunnen komen uit rouw. Nieuwe analytische technieken tonen ook aan dat mensen die rouw doorlopen onderverdeeld kunnen worden over vier verschillende soorten trajecten, namelijk Resilient, Depressed-Improved, Chronic Depression en Chronic Grief. Trajecten die elk een specifiek beloop van stemmingsklachten beschrijven. De angstklachten die mogelijk ontwikkelen komen in mindere mate voor in vergelijking met stemmingsstoornissen. Angstklachten die voornamelijk naar voren komen zijn Post-Traumatisch Stress Disorder (PTSS) en Separation Anxiety. De rol van Separation Anxiety lijkt tweevoudig. Deze angst voor verlating kan een klacht zijn die voortkomt uit rouw, maar kan ook een mediërende functie hebben voor de ontwikkeling van andere klachten, zoals PGD, ten gevolge van rouw. Wanneer het rouwproces langere tijd aanhoudt en meerdere specifieke symptomen beschrijft, kan PGD gediagnosticeerd worden. Ondanks dat de diagnose PGD zowel stemmings- als angstsymptomen kent, is aangetoond dat deze diagnose zich differentieert van stemmings- en angstsyndromen. PGD lijkt dan ook een sterke samenhang te hebben met Separation Anxiety.

Risicofactoren of kwetsbaarheden blijken een mediërende of modererende invloed te hebben op de ontwikkeling van klachten ten gevolge van rouw. Klachten zoals PGD en stemmingsstoornissen komen voort uit, of worden in stand gehouden door zowel de aanwezigheid van negatieve cognities als de afwezigheid van positieve cognities. Er is gebleken dat rumination, ofwel het piekeren over gebeurtenissen, een negatief effect met zich meedraagt en dit werkt het 'gezond' doorlopen van het rouwproces tegen. De positieve cognitie mastery blijkt een beschermend effect te bieden tijdens rouw, terwijl de afwezigheid van mastery een negatief effect met zich mee brengt. Andere demografische risicofactoren zoals geslacht, leeftijd en scholing werken modererend ten opzichte van de ernst van stemmingsklachten.

Ondanks dat deze bevindingen inzicht geven in de rol van rouw moeten enige limitaties worden benoemd. Onderzoek naar rouw en de gevolgen die dit proces met zich mee kan brengen

zijn weinig generaliseerbaar. Veel onderzoek is toegespitst op specifieke doelgroepen als ouderen en hierdoor moet niet vergeten worden dat mogelijke factoren zoals leeftijd de generaliseerbaarheid kunnen aantasten. Ook wordt in verschillende onderzoeken de definitie van de tijdspanne van een rouwperiode anders benoemd. Deze tijdspannen kan uiteenlopen van 2 maanden tot 48 maanden na het overlijden van een naaste. Wat een onderzoek kan aankaarten als een rouwperiode, hoeft dus niet overeen te komen met de definitie van deze periode in een ander onderzoek. Sommige onderzoeken beginnen hun analyse zelfs al voor het overlijden, wat mogelijk kan leiden tot een observer-effect. Verder duidt veel onderzoek aan dat proefpersonen werden verkregen via contact met gezondheidsinstellingen. Dit kan wellicht duiden op een selection-bias, aangezien de rouwenden al mogelijke hulp of begeleiding zochten en dus geen goede weergave hoeven te zijn van het gemiddelde rouwende individu.

Een groot gedeelte van de rouwende mensen ervaren stemmings- en angstsymptomen die ook na het rouwproces chronisch kunnen aanhouden. Klachten zoals MDD en PTSS moeten dan ook zeker niet onderschat worden bij de preventie of opvang van mensen die het overlijden van een naaste hebben moeten doorstaan. Uit de hoge prevalenties van zowel stemmings- als angststoornissen kan opgemaakt worden dat preventie en opvang in de toekomst een grotere rol moeten gaan spelen. Echter, met de opkomst van de DSM-5 zal het uitsluiten van stemmings- en angstsyndromen mogelijk worden opgevangen door de toevoeging van de Prolonged Grief Disorder (PGD) diagnose.

Toekomstig onderzoek moet ten eerste meer aandacht besteden aan de nieuwe diagnostische criteria van PGD en aan de valkuilen die de diagnose met zich mee kan brengen. Vervolgonderzoek moet zich meer toespitsen op grotere doelgroepen zodat onderzoeksresultaten beter generaliseerbaar worden. Ten tweede heeft onderzoek sommige risicofactoren behandeld, zoals cognities en demografische factoren. Echter moet toekomstig onderzoek zich ook richten op mogelijke andere factoren die van invloed kunnen zijn. Mogelijke verschillen van uitkomst na het rouwproces die mogelijke kunnen leiden tot het ontwikkelen van klachten, kunnen gerelateerd zijn aan fundamentele persoonskenmerken zoals het temperament van het individu. Ten derde moet toekomstig onderzoek zich ook richten op de mogelijke positieve gevolgen van preventie en de bijdrage van opvang voor, tijdens en na de rouwperiode. Daarbij moeten de mogelijke verschillen tussen PGD en de overgang naar heftigere diagnoses binnen de stemmings- en angststoornissen duidelijk van elkaar worden onderscheiden om toekomstige misdiagnoses te voorkomen.

Literatuurlijst

Barry, L.C., Kasl, S.V., & Prigerson, H.G. (2002). Psychiatric Disorders Among Bereaved Persons: The Role of Perceived Circumstances of Death and Preparedness for Death. *American Association for Geriatric Psychiatry, 10*, 4.

- Boelen, P.A., van den Bout, J., & van den Hout, M.A. (2006). Negative Cognition and Avoidance in Emotional Problems After Bereavement: A Prospective Study. *Behavior Research and Therapy*, *44*, 1657-1672.
- Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2007). The Influence of Symptoms of Prolonged Grief Disorder, Depression, and Anxiety on Quality of Life Among Bereaved Adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*, 444-452.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012. www.cbs.nl.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Musetti, L., Socci, C., Shear, M.K., Conversano, C., Maremmani, I., * Perugi, G. (2012). Lifetime Mood Symptoms and Adult Separation Anxiety in Patients with Complicated Grief and/or Post-Traumatic Stress Disorder: A Preliminary Report. *Psychiatry Research*, *198*, 436-440.
- Galatzer-Levy, I.R., & Bonanno, G.A. (2012). Beyond Normality in the Study of Bereavement: Heterogeneity in Depression Outcomes Following Loss in Older Adults. *Social Science & Medicine*, *74*, 1987-1994.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & van der Bout, J. (2010). Mediating Processes in Bereavement: The Role of Rumination, Threatening Grief Interpretations, and Deliberate Grief Avoidance. *Social Science & Medicine*, *71*, 1669-1676.
- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Mutti, M., Lari, L., Cardini, A., Manicavasagar, V., Mauri, M., Cassano, G.B., Shear, K.M. (2012). The Relationship Between Adult Separation Anxiety Disorder and Complicated Grief in a Cohort of 454 Outpatients with Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, *143*, 64-68.
- Kaplow, J.B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E.J. (2010). Psychiatric Symptoms in Bereaved Versus Nonbereaved Youth and Young Adults: A longitudinal Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*, 11.

- Kristensen, T.E., Elklit, A., & Karstoft, K-I. (2012). Posttraumatic Stress Disorder After Bereavement: Early Psychological Sequelae of Losing a Close Relative Due to Terminal Cancer. *Journal of Loss and Trauma, 17*, 508-521.
- Mitchell, A.M., Sakraida, T.J., Kim, Y., Bullian, L., & Chiappetta, L. (2009). Depression, Anxiety and Quality of Life in Suicide Survivors: A Comparison of Close and Distant Relationships. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 2-10.
- O'Connor, M. (2010). PTSD in the Older Bereaved People. *Aging & Mental Health, 14*, 310-318.
- Onrust, S.A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and Anxiety Disorders in Widowhood: A Systematic Review. *Aging & Mental Health, 10*, 327-334.
- Onrust, S., Cijpers, P., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2007). Predictors of Psychological Adjustment after Bereavement. *International Psychogeriatrics, 19*, 921-934.
- Ott, C.H. (2003). The Impact of Complicated Grief on Mental and Physical Health at Various Points in the Bereavement Process. *Death Studies, 27*, 249-272.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S.R., & Judd, L.L. (1997). The Many Faces of Depression Following Spousal Bereavement. *Journal of Affective Disorders, 45*, 85-95.

Onderzoeksvoorstel

Laurens Mulder

6022944

Juli, 2013

Begeleider: Arjen Noordhof

Dit onderzoeksvorstel is gericht op de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de relatie tussen rouw en het ontwikkelen van stemmings- of angstklachten. Cognities, zoals rumination, dragen bij aan het ontwikkelen van klachten ten gevolge van rouw. (van der Houwen et al., 2010) Mogelijk hebben persoonlijkheidskenmerken een modererend effect en zou dit kunnen verklaren wanneer en in welke mate de negatieve cognities leiden tot het ontwikkelen van klachten. Veel onderzoek heeft zich al gericht op de mogelijke invloeden van persoonlijkheidskenmerken op het ontwikkelen van klachten ten gevolge van rouw. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken en diens invloed op risicofactoren, zoals negatieve

cognities, die invloed uitoefenen op de ontwikkeling van klachten. Kennis over een mogelijk interactie-effect tussen persoonlijkheidskenmerken en andere risicofactoren en de invloed die dit kan uitoefenen op het rouwproces, kan bijdragen aan het beter begrijpen van de invloed van rouw op het ontwikkelen van klachten en zou dus ook bijdragen aan mogelijke preventie of behandeling van rouwenden.

Onderzoeksvraagstelling

Uit onderzoek is gebleken dat rouw kan leiden tot de ontwikkeling van stemmingsklachten en angstklachten. (Onrust & Cuipers, 2006) Hierbij werd duidelijk dat er verschillende risicofactoren zijn die een mediërend of modererend effect hebben op de relatie tussen rouw en het ontwikkelen van klachten. Risicofactoren die een opvallende rol spelen zijn de aanwezigheid van negatieve cognities zoals rumination en Separation Anxiety en de afwezigheid van positieve cognities zoals mastery. (van der Houwen et al., 2010; Pini et al., 2012)

Het temperament, of persoonlijkheidskenmerken, beschrijven het patroon van gedachtes, gedragingen en gevoelens van een persoon, dat stabiel is over de tijd. (Maddi, 2000) Deze kenmerken worden onder andere beschreven aan de hand van de 'Big-Five' (goedaardigheid, conscientieusheid, neuroticisme, extraversie en openheid). (John en Srivastaba, 1999, McCrae et al., 2000, Rothbart en Bates, 1998, aangehaald in Connor-Smith en Flachsbart, 2007).

Aangezien persoonlijkheidskenmerken zich in zekere mate vertalen naar individuele verschillen van zowel gedrag als gedachtes, zou dit ook gedragingen en gedachtes verklaren die betrekking hebben op het rouwproces en mogelijke uitkomsten die hieruit leiden. Verschillende kenmerken kunnen mogelijk verschillende uitkomsten verklaren. Onderzoek heeft zich al gericht op de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de relatie tussen rouw en het ontwikkelen van klachten, echter ontbreekt er onderzoek naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de risicofactoren, zoals negatieve cognities, die een rol spelen bij de voorgenoemde relatie. In andere woorden; hebben persoonlijkheidskenmerken invloed op rumination, Separation Anxiety of mastery, tijdens het rouwproces en wat voor een invloeden heeft dit samenspel op het mogelijk ontwikkelen van klachten?

Uit onderzoek dat zich heeft gericht op de modererende invloeden van persoonlijkheidskenmerken op het ontwikkelen van depressieve symptomen na het overlijden van een naaste bleek dat extraversie een beschermende factor tegen het ontwikkelen van stemmingsklachten bood, wanneer men voorbereid was op de dood. (Pai en Carr, 2010). Onafhankelijk van het rouwproces toont onderzoek aan dat persoonlijkheidskenmerken, zoals neuroticisme, rumination bevorderen, wat verder kan leiden tot stemmingsklachten. (Gonzalo & Carmelo, 2010). Ook lijkt neuroticisme in zekere mate de uitkomst van depressieve klachten na

rouw te voorspellen. (Galatzer-Levy en Bonanno, 2012). Persoonlijkheidskenmerken blijken dus invloed te hebben op zowel het ontwikkelen van klachten als het bevorderen van negatieve cognities.

Wanneer de aandacht wordt gevestigd op het rouwproces zien we dat er een modererende relatie is tussen persoonlijkheidskenmerken en stemmingsklachten. Echter wordt geen aandacht besteed aan de mogelijke invloed van persoonlijkheidskenmerken die een interactie-effect hebben met andere cognitieve risicofactoren die invloed hebben op de ontwikkeling van klachten ten gevolge van rouw. Ook is alleen aandacht besteed aan het kenmerk neuroticisme, maar zijn de andere kenmerken buiten beschouwing gelaten. Door middel van dit onderzoek kan duidelijk worden of persoonlijkheidskenmerken een mogelijk interactie-effect ondergaan met de voorgenoemde bekende risicofactoren. Ten eerste wordt er verwacht dat een hoge mate van neuroticisme sneller leidt tot het toepassen van rumination. Ten tweede wordt verwacht dat een hoge mate van extraversie samen met een hoge mate van mastery zal leiden tot het verminderd ontwikkelen van klachten, in vergelijking met zowel een hoge mate van extraversie gecombineerd met een lage mate van mastery als met een lage mate van extraversie gecombineerd met een hoge mate van mastery. Ten derde wordt verwacht dat een hoge mate van extraversie een beschermende factor biedt tegen de negatieve effect van Separation Anxiety op het ontwikkelen van stemmingsklachten. De overige analyses tussen persoonlijkheidskenmerken en cognities zullen als exploratief worden beschouwd.

Onderzoeksmethode

sample

Voor adequate onderzoeksgegevens die een goede weergave geven van het beloop over de tijd zal een prospectieve onderzoeksopzet gehanteerd moeten worden. Om een minimum gewenst effect aan te tonen tussen de variabelen, met een power van 80%, zullen er minstens 84 mensen worden gevraagd deel te nemen. Een aanvraag zal gestuurd worden naar personen die mogelijk een naaste zullen verliezen. Aangezien het niet duidelijk is wanneer iemand komt te overlijden, kan dit wel worden achterhaald wanneer iemand is opgenomen of in contact staat met de gezondheidszorg. Zo kan voorkomen worden dat deelnemers niet bij een specifieke groep horen, zoals weduwen of naasten die iemand hebben verloren ten gevolge van een specifieke ziekte. Hierdoor zullen

bevindingen beter gegeneraliseerd kunnen worden. Er zal allereerst voorafgaand gevraagd worden een toestemmingsverklaring te ondertekenen.

Metingen

De persoonlijkheidsvragenlijst zal voor de rouwperiode worden afgenomen. Verdere metingen zullen, in overeenstemming met voorgaande onderzoeken, verkregen worden op zowel 6, 18 als 48 maanden na het verlies.

Een uitgebreid beeld van persoonlijkheidskenmerken zullen gemeten worden middels de NEO-PI-R, bestaande uit 240 items. Deze vragenlijst wordt verkozen boven de kortere NEO-FFI, vanwege de hogere betrouwbaarheid met een Cronbach's alpha van 0.54 tot 0.81. Ook is er een hoge validiteit wanneer er alleen enkele facetten in acht worden genomen. (Costa, 1996). De mediërende factoren worden gemeten op alle vier de tijdspunten.

Een van de te meten negatieve cognities is rumination. De mate van rumination wordt gemeten middels een vragenlijst bestaande uit 8 items, gebruikt door voorgaand onderzoek dat zich heeft gericht op rumination tijdens rouw. (Boelen et al., 2006, Nolen-Hoeksema, 1991, aangehaald in van der Houwen et al., 2010). Antwoorden worden gemeten op een vijf-punts schaal. De Cronbach's alpha varieerde tussen de 0.82 en de 0.86.

De tweede te meten cognitie is Separation Anxiety. Dit zal worden gemeten middels de Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS). (Cyranowski et al., 2002, aangehaald in Pini et al., 2012). Hierbij worden de acht DSM criteria voor Separation Anxiety gemeten. Validiteit werd gemeten middels de Adult Separation Anxiety Checklist (ASA-CL; Manicavasagar et al., 1997), bestaande uit 27 items en heeft een goede interne betrouwbaarheid met een Cronbach's alpha van 0.89.

De derde te meten cognitie, mastery, zal worden gemeten middels de Pearlin Mastery Scale (Seeman, M., 2008), bestaande uit zeven items op een vier-punts Likert-schaal. Hierbij wordt gemeten in hoeverre iemand het idee heeft in controle te zijn over uitkomsten. De Cronbach's alpha loopt tussen de 0.64 en de 0.75. (Pearlin et al., 1981).

Ook worden verscheidene afhankelijke variabelen gemeten. Middels de SCID-1, bestaande uit 16 items voor het meten van stemmingssymptomen en 10 items voor het meten van angstsymptomen, werden mogelijke diagnoses van DSM-4 as-1 stoornissen gemeten. Hiermee kan geconcludeerd worden of stoornissen zich hebben ontwikkeld na het overlijden van een naaste en kunnen deze vergeleken worden met de gemeten persoonlijkheidskenmerken en cognities.

Analyse

Binnen deze studie zal, om mogelijke interacties tussen persoonlijkheidskenmerken en cognities weer te geven, gebruik worden gemaakt van een meervoudige lineaire regressie-analyse. Deze scores tussen persoonlijkheidskenmerken en cognities, voor en na het verliezen van een

naaste, worden vervolgens vergeleken middels een 'paired samples t-test'. Zo kan een mogelijke interactie-effect tussen een hoge mate van neuroticisme en rumination uitwijzen of er meer klachten ontwikkelen na rouw. Ook kan gekeken worden of een hoge mate van extraversie samen met een hoge mate van mastery leidt tot een verminderde klachten ontwikkeling. Er kan ook uitgewezen worden of een hoge mate van extraversie leidt tot verminderde klachten ongeacht de mate van Separation Anxiety. Verder zou, exploratief, kunnen worden opgemaakt of persoonlijkheidskenmerken mogelijk een voorspellende waarde kunnen hebben voor het ontwikkelen van stemmings- of angststoornissen na rouw en hoe deze interacteren met risicofactoren die hierop van invloed zijn.

Interpretatie van mogelijke resultaten

Er wordt verwacht dat, in overeenstemming met voorgaand onderzoek, een hoge mate van neuroticisme en rumination leiden tot een hogere mate van klachtontwikkeling in vergelijking met een lagere mate van één of beide. Wanneer er geen versterkend effect wordt gevonden, zou het kunnen zijn dat neuroticisme en rumination mogelijk hetzelfde verklaren en dat neuroticisme mogelijk een onderliggende factor is voor het toepassen van rumination. Zowel mastery and extraversie beschermen tegen de ontwikkeling van klachten en wordt verwacht dat een hoge mate van mastery samen met een hoge mate van extraversie zal leiden tot een betere bescherming tegen klachtontwikkeling. Mocht dit geen betere bescherming bieden, zou het kunnen dat één van de twee sowieso geen beschermende factor biedt of dat er geen toegevoegde waarde is omdat deze factoren mogelijk elkaar verklaren. Separation Anxiety, ofwel de angst voor verlating, leidt onder andere tot het ontwikkelen van stemmingsklachten na het overlijden van een naaste. Extraversie blijkt echter beschermend en dit leidt dan ook tot vermeerderde sociale contacten waardoor het mogelijk deze angst voor verlating vermindert. Er wordt verwacht dat een hoge mate van extraversie leidt tot verminderde klachten, ongeacht of iemand wel of niet kwetsbaar is voor Separation Anxiety. Mocht dit niet gevonden worden kan mogelijk geconcludeerd worden dat rouw een negatief effect heeft op de mate van extraversie en mogelijk geen beschermende factor meer bied.

Literatuurlijst

Connor-Smith, J.K., Flachsbart, C., 2007. Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.

Costa, P.T., 1996. Work and Personality: Use of the NEO-PI-R in Industrial/Organisational Psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 45, 225-241.

Galatzer-Levy, I.R., & Bonanno, G.A. (2012). Beyond Normality in the Study of Bereavement: Heterogeneity in Depression Outcomes Following Loss in Older Adults. *Social Science & Medicine*, 74, 1987-1994.

Gonzalo, H., Carmelo, V., 2010. What Else Do You Feel When You Feel Sad? Emotional Overproduction, Neuroticism and Rumination. *Emotion*, 11, 881-895.

- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & van der Bout, J. (2010). Mediating Processes in Bereavement: The Role of Rumination, Threatening Grief Interpretations, and Deliberate Grief Avoidance. *Social Science & Medicine*, 71, 1669-1676.
- Maddi, S.R., 2000. Personality Theories: a Comparative Analysis. *Waveland press*, 6.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., 1997. Separation anxiety in adulthood; A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 274-282.
- Onrust, S., Cijpers, P., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2007). Predictors of Psychological Adjustment after Bereavement. *International Psychogeriatrics*, 19, 921-934.
- Pai, M., Carr, D., 2010. Do Personality Traits Moderate the Effect of Late-Life Spousal Loss on Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*. 51, 183-199.
- Pearlin L.I., Lieberman M.A., Menaghan E.G., Mullan J.T., 1981. The stress process. *JHealth Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Mutti, M., Lari, L., Cardini, A., Manicavasagar, V., Mauri, M., Cassano, G.B., Shear, K.M. (2012). The Relationship Between Adult Separation Anxiety Disorder and Complicated Grief in a Cohort of 454 Outpatients with Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 143, 64-68.
- Seeman, M., 2008. Psychosocial Notebook.
<http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/control.php>