



ggZ Drenthe
espria

Cultuur en Trauma, in het bijzonder traumatische rouw

18 september 2025

Ouderennetwerk Rob Giel Onderzoekscentrum

Dr. Simon Groen

De Evenaar, Centrum voor Transculturele Psychiatrie



Trauma en cultuur, in het bijzonder traumatische rouw

Inhoud

Cultuur en trauma

- Prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingen
- De Culturele Formulering en het Cultural Formulation Interview
- Aanvullende module voor ouderen

Traumatische rouw

- Prevalentie bij patiënten met en zonder vluchtachtergrond
- Culturele evaluatie van verlies en rouw
- Implicaties van verlies en rouw bij ouderen



Trauma en cultuur, in het bijzonder traumatische rouw

Hoezo, trauma en cultuur?

1. Cultuur als betekenisgevend kader voor omgang met trauma
2. Verlieservaringen als gevolg van migratie
3. Trauma als cultuurgebonden concept

Van Dijk, 1995



Trauma en cultuur

Prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingen

Gaat hier om vluchtelingen in Westerse landen:

- PTSS: 9%
- MDD: 5% $n=6743$ Fazel et al., 2005

Vluchtelingen in hogeinkomenslanden:

- Angst: 13-42%
- Depressie: 30-40%
- PTSS: 29-37% $n=14.882$ Henkelmann et al., 2020



Trauma en cultuur

Prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingen

Systematische review en meta-analyse

klinisch interview, gevalideerde vragenlijsten, >50 participanten

N=5143, 15 landen

- PTSS: 31,5%
- Depressie: 31.5%
- Angst: 11%
- Psychose: 1.5%

Blackmore et al., 2020



Trauma en cultuur

Prevalentie van psychische problemen bij vluchtelingen

Gebaseerd op klinische scores, vluchtelingen wereldwijd:

- MDD: 32%
- PTSS: 31%
- Borderline: 5%
- Psychose: 1%

Patanè et al., 2022

- Verschil tussen lage- en hogeinkomenslanden: 28% meer MDD



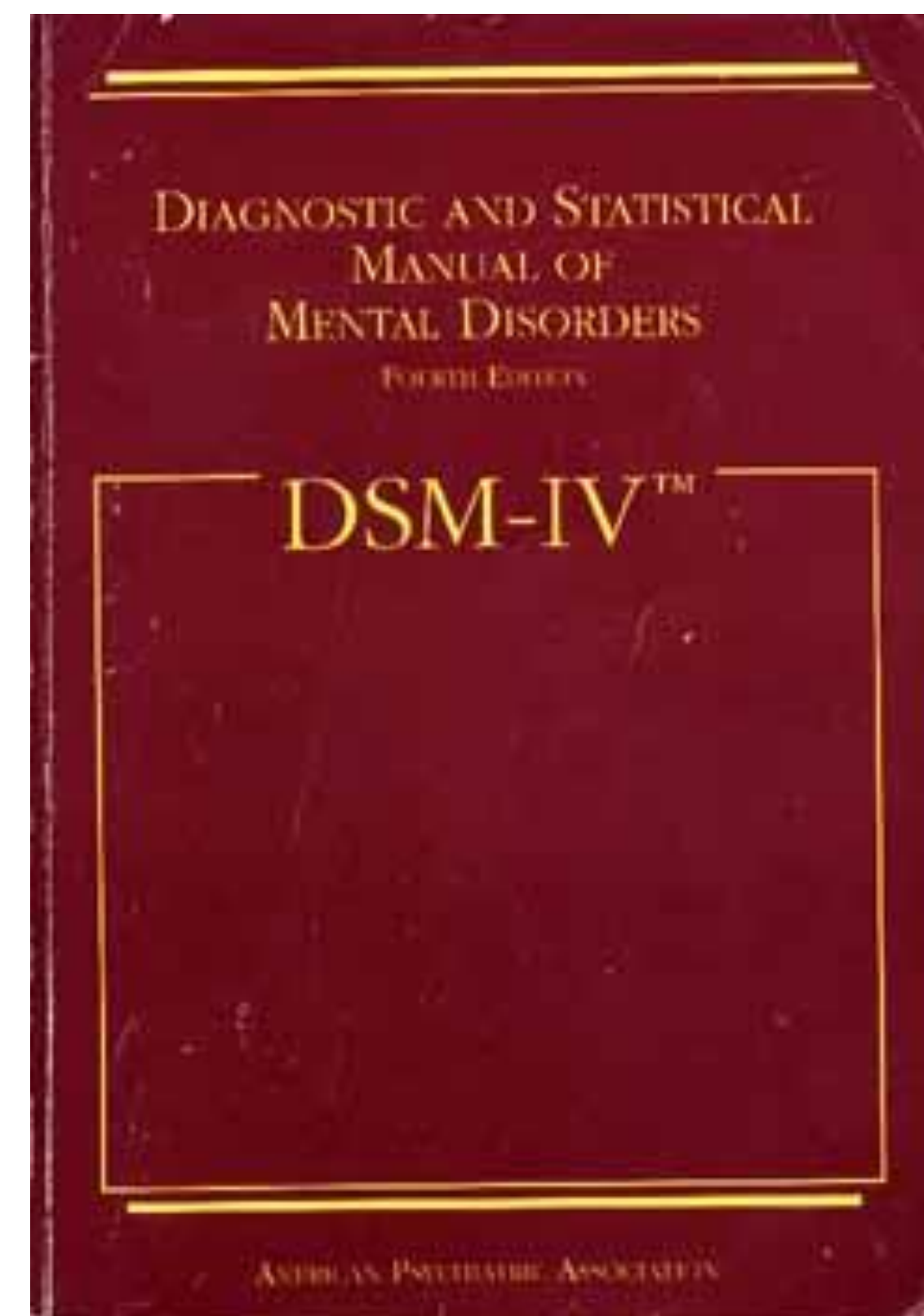
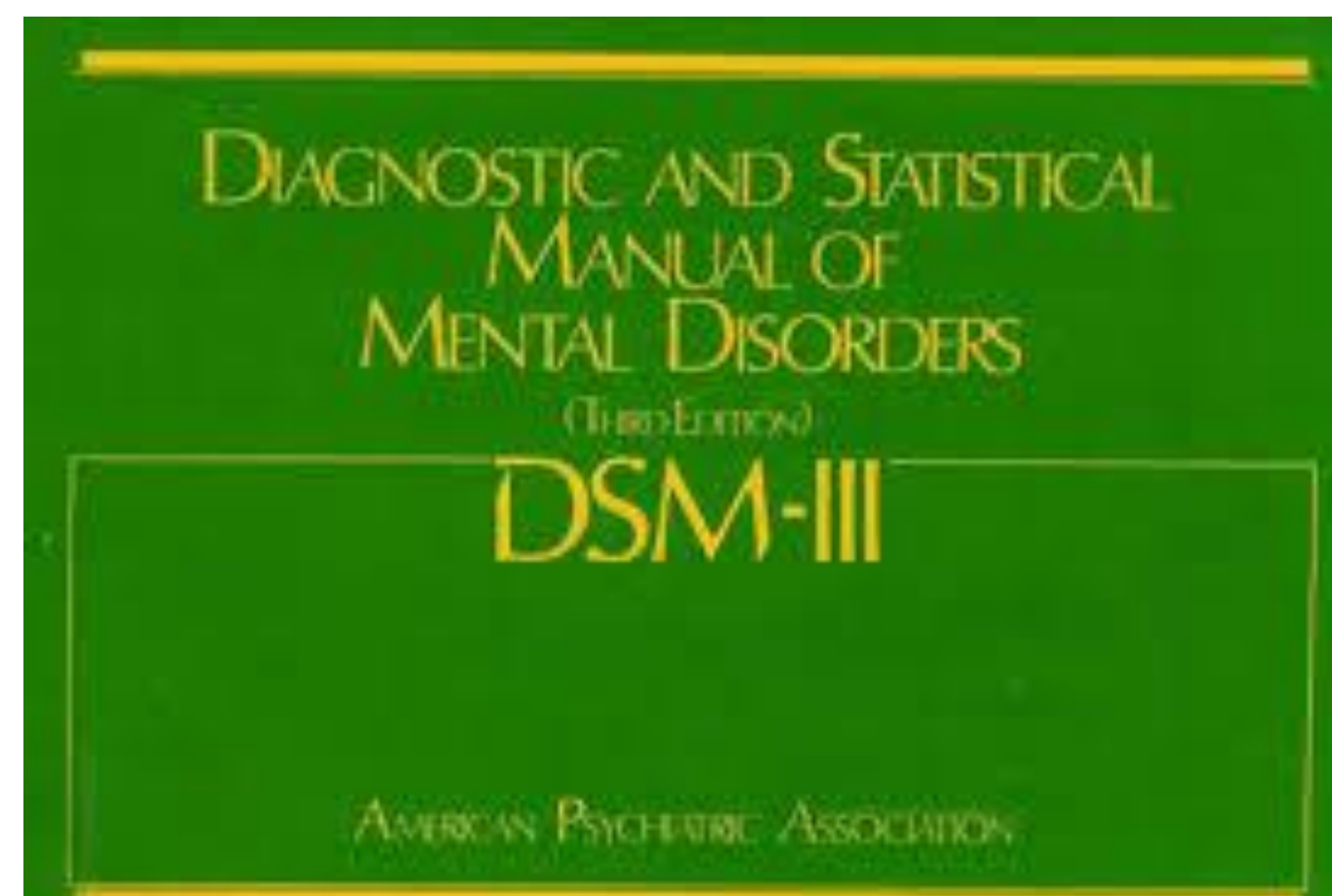
Cultuur in de DSM

Behoefte aan systematische evaluatie van culturele factoren

1. Universaliteit of relativiteit van psychopathologie
2. Toename culturele diversiteit van samenlevingen
3. Psychiatrische theorie en praktijk als culturele geschiedenis



Emil Kraepelin
(1856-1926)





Cultuur in de DSM

Task force Culture and Diagnosis, NIMH, Pittsburgh 1991

Discussie over een culturele as

- Outline for Cultural Formulation of Diagnosis
- Culture bound syndromes (amok, brua, ataque de nervios)

Table 1. Components of a Cultural Formulation

Cultural identity of the individual

Cultural explanations of the individual's illness

Cultural factors related to psychosocial environment and levels of functioning

Cultural elements of the relationship between the individual and the clinician

Overall cultural assessment for diagnosis and care

Source: DSM-IV-TR, pp 897–898

Good, B.J. (1996). Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20(2), 127-132.



NL: het culturele interview

TABLE 5
ELEMENTS OF A CULTURAL FORMULATION

1. Cultural identity of the individual, can be assessed by reviewing:

- Cultural reference group(s)
- Language
- Cultural factors in development
- Involvement with the culture of origin
- Involvement with the host culture

2. Cultural explanations of the individual's illness:

- Predominant idioms of distress and local illness categories
- Meaning and severity of symptoms in relationship to cultural norms
- Perceived causes and explanatory models
- Help-seeking experiences and plans

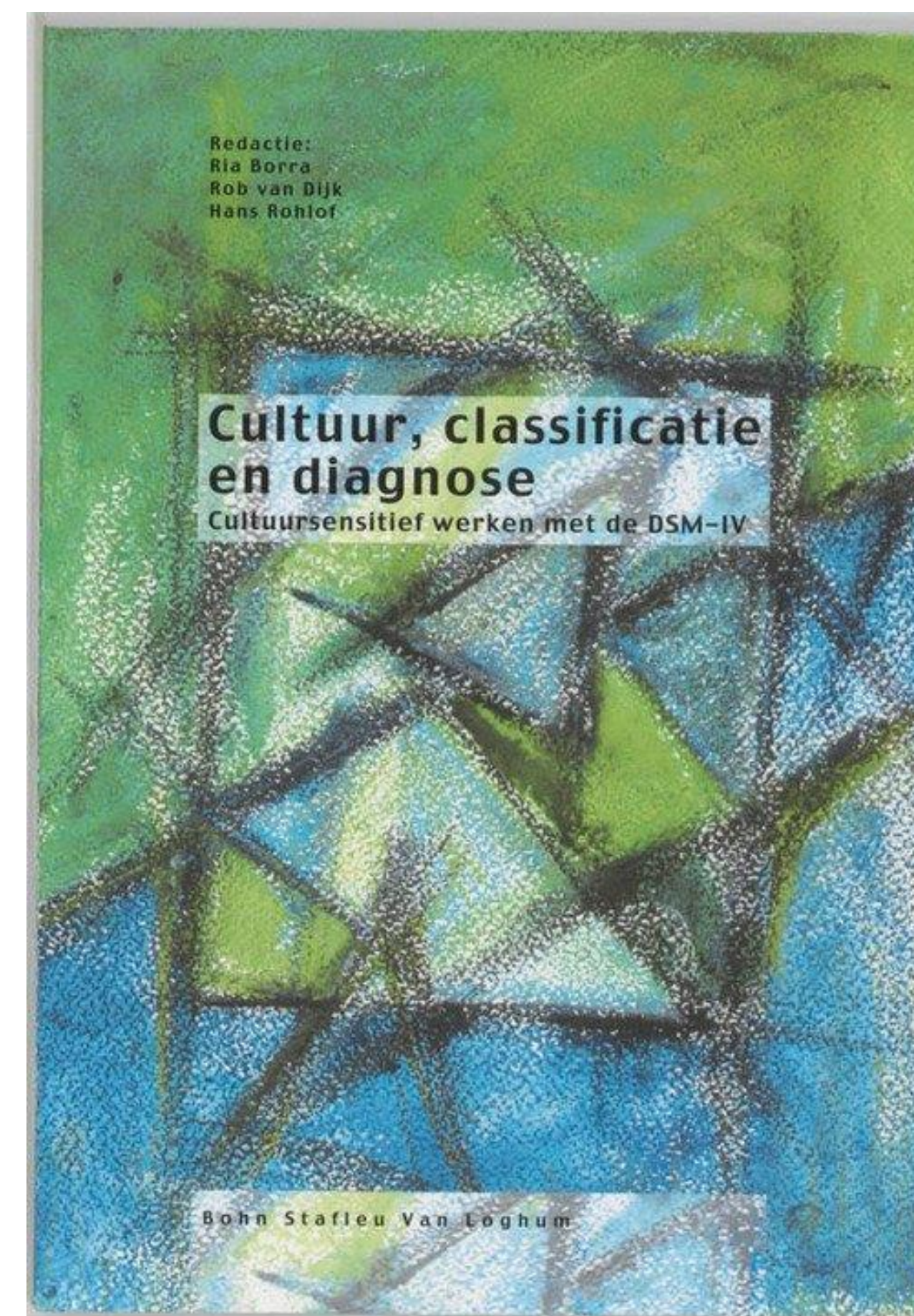
3. Cultural factors related to psychosocial environment and levels of functioning:

- Social stressors
- Social supports
- Level of functioning and disability

4. Cultural elements of the relationship between the clinician and patient

5. Overall cultural assessment for diagnosis and care

Trujillo M. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 4. 2008.

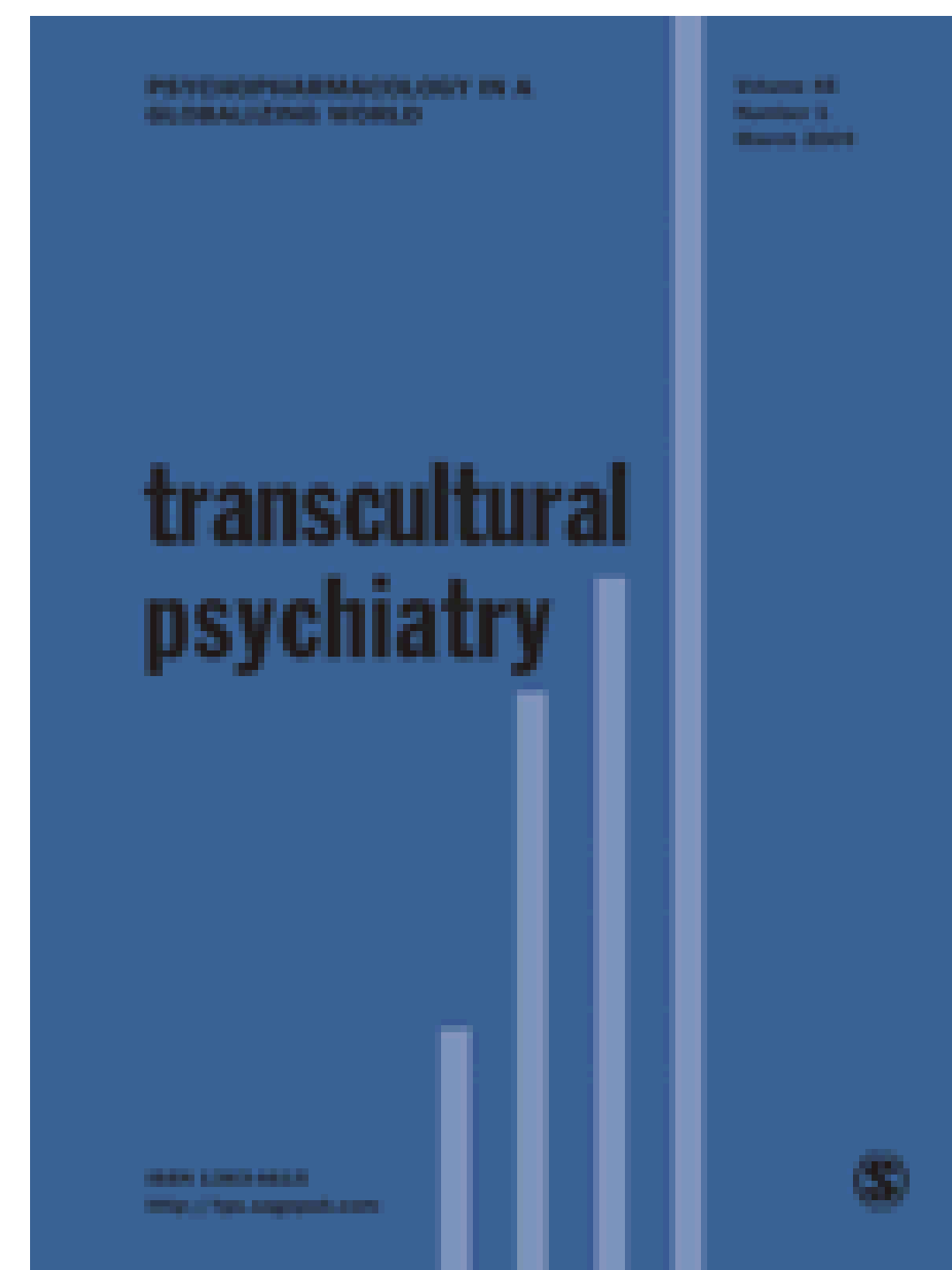




Kritiek op de culturele formulering

Kritische reflecties in *Transcultural Psychiatry*

- Richtlijnen ontbreken
- Culturele identiteit is onduidelijk concept
- Kost te veel tijd
- Te weinig ingebed in de klinische praktijk
- Theoretisch te diffuus
- Te academisch
- Vraagt te veel reflecterend vermogen van patiënten
- Hangt te veel af van de interesse van de behandelaar





Het Cultural Formulation Interview (CFI)

Een systematische culturele onderzoeksmethode moet zijn:

begrijpelijk

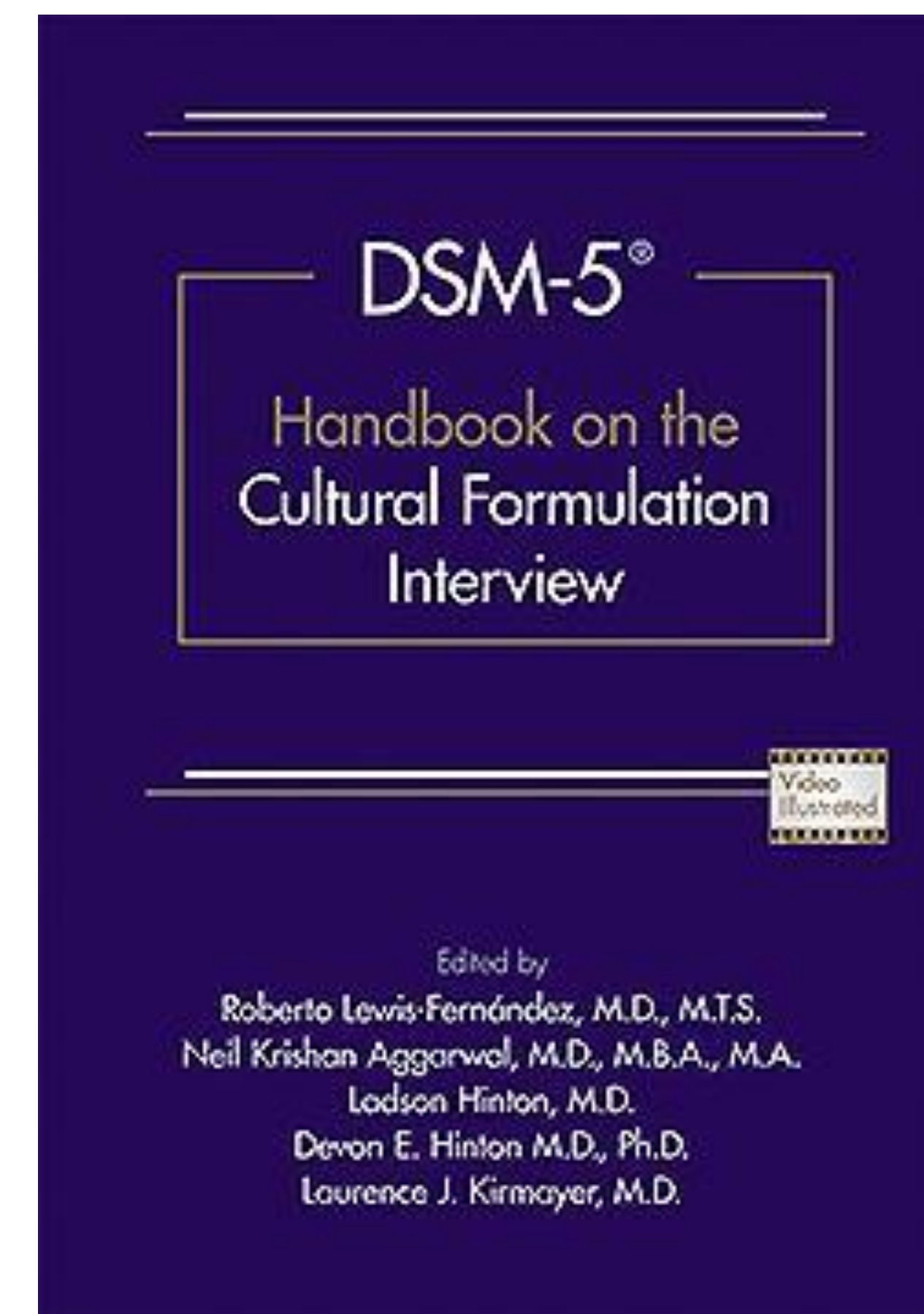
grondig

gestandaardiseerd

*gericht op
vaardigheden*

persoonsgericht

educatief

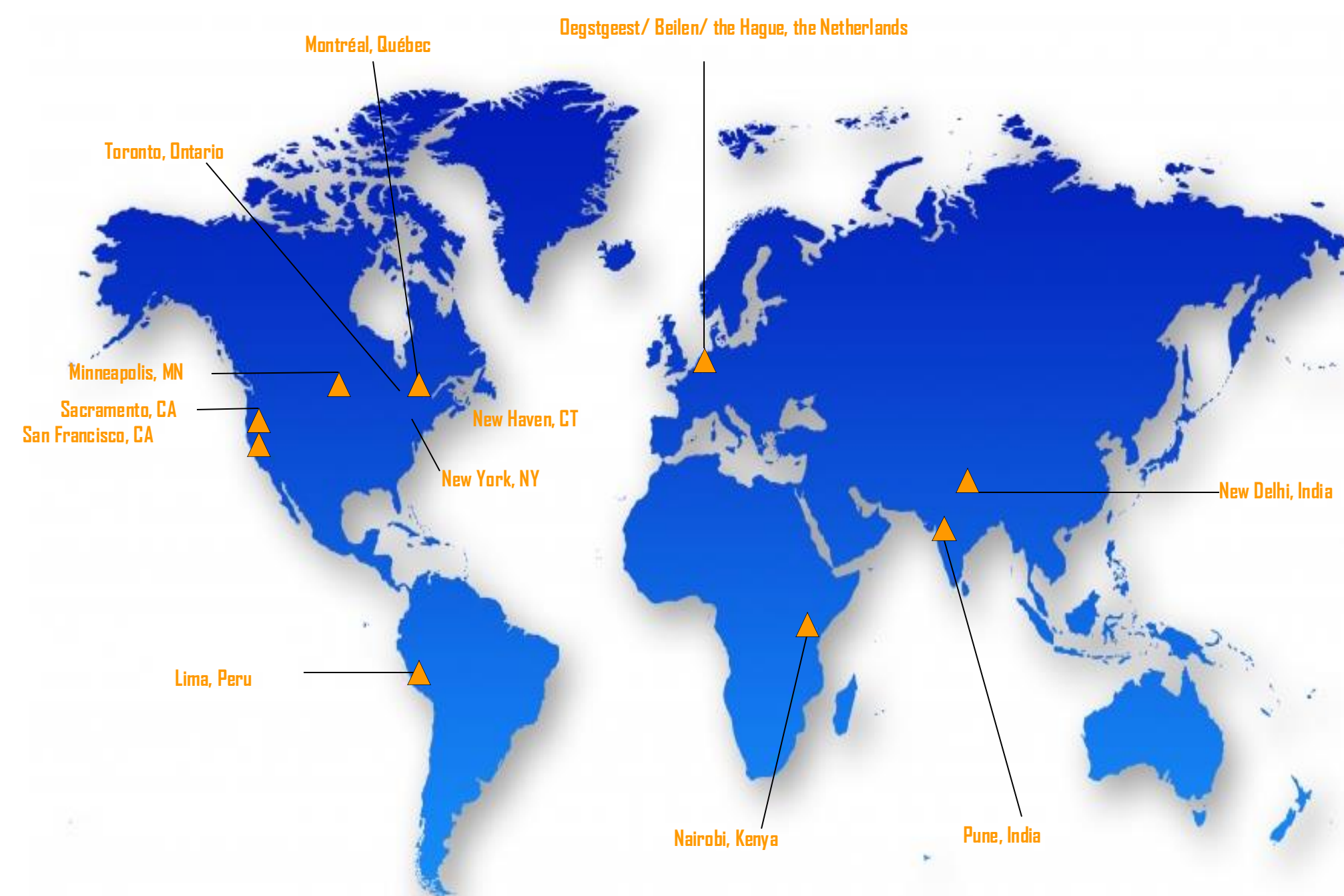




Het Cultural Formulation Interview

Internationaal veldonderzoek

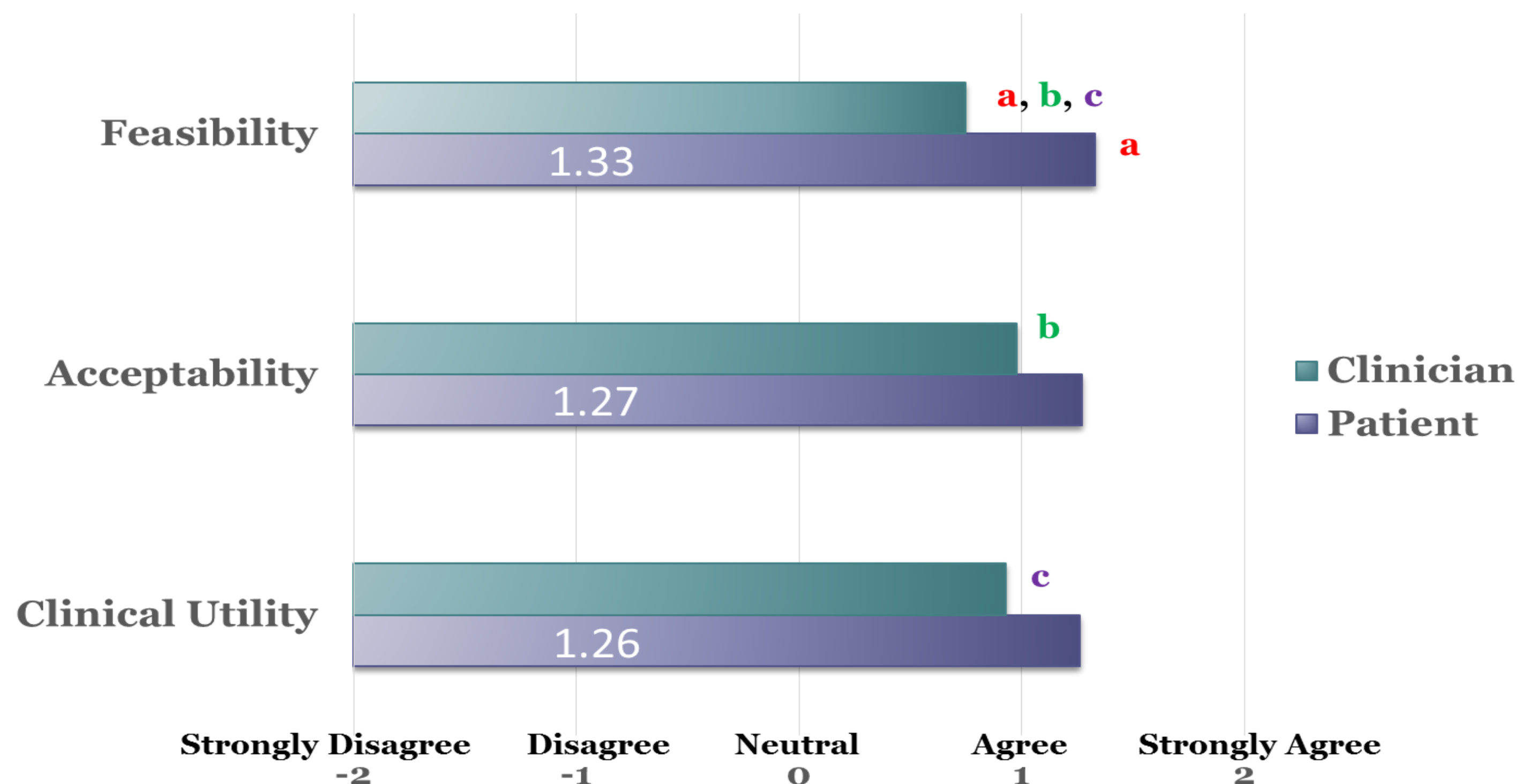
- Geleid door:
 - Study Group on Gender & Culture
 - NYSPI Cultural Competence Center
- N=321 patiënten in 12 steden in 6 landen
- Doel om vast te stellen:
 - Feasibility: Kunnen behandelaren CFI afnemen? Kunnen patiënten antwoorden?
 - Acceptability: Vinden patiënten en behandelaren het goed?
 - Perceived clinical utility: Vinden ze de informatie bruikbaar?





Het Cultural Formulation Interview

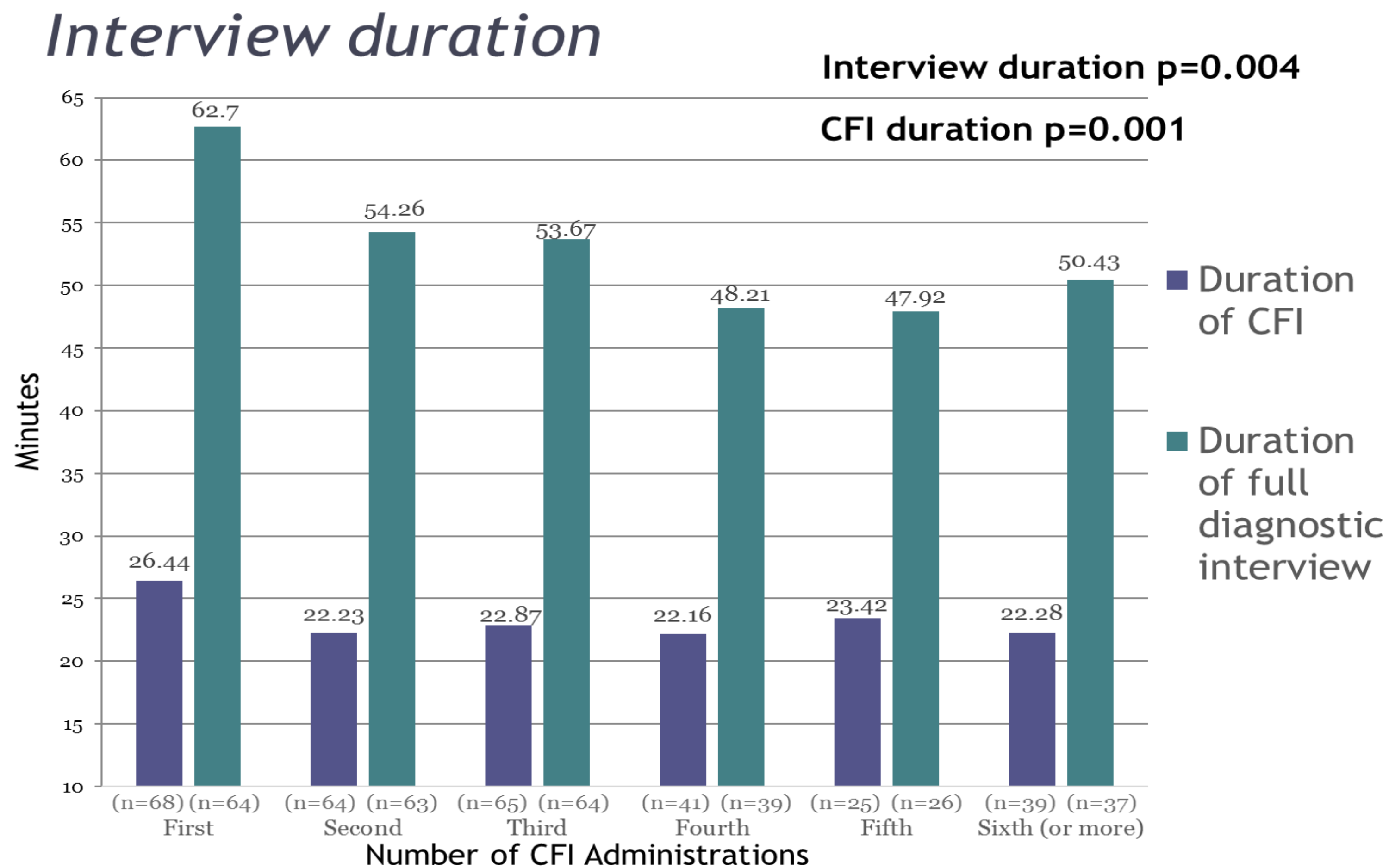
Field Trial results



Lewis-Fernández, R., et al. (2017). Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: Mixed methods results from the DSM-5 international field trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 290-297.



Het Cultural Formulation Interview





Het Cultural Formulation Interview

Uitleg interviewer

Uitleg per vraag

Cultural Formulation

841

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted with underline.

GUIDE TO INTERVIEWER

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the patient and other members of the patient's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

INTRODUCTION FOR THE PATIENT:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about your experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

Explanatory Model, Level of Functioning

Elicit the patient's view of core problems and key concerns.

Focus on the patient's own way of understanding the problem.

Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").

Ask how patient frames the problem for members of the social network.

Focus on the aspects of the problem that matter most to the patient.

1. What brings you here today?

IF PATIENT GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:

People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

3. What troubles you most about your problem?

Begeleidende tekst

Vragen (+ probes)



Het Cultural Formulation Interview

Onderdelen

Kerninterview met 16 vragen

Versie voor informanten (naasten, 17 vragen)

12 aanvullende modules

Verklaringsmodel	Coping en hulpzoekgedrag
Niveau van functioneren	Relatie tussen patiënt en hulpverlener
Sociaal netwerk	Kinderen en adolescenten
Psychosociale stressoren	Ouderen
Geloof en spiritualiteit	Migranten en vluchtelingen
Culturele identiteit	Mantelzorgers



Het Cultural Formulation Interview

Aanvullende module voor ouderen

- Hoe zou u iemand van uw leeftijd beschrijven?
- Hoe is uw ervaring met ouder worden in vergelijking met vrienden?
- Hoe is uw leeftijd van invloed op uw [PROBLEEM]?
- Is uw leeftijd van invloed op de manier waarop met [PROBLEEM] omgaat?
- Zijn er dingen die belangrijk zijn die u door uw gezondheidstoestand of leeftijd niet meer kunt doen?
- Zijn er veranderingen in uw leven die samenhangen met ouder worden die voor ons belangrijk zijn om te weten om u te kunnen helpen met [PROBLEEM]?
- Denkt u dat het leeftijdsverschil tussen ons van invloed is op uw behandeling? Hoe?



Cultuur in de DSM-5

Definitie van cultuur in DSM-5

Cultuur wordt gedefinieerd als dynamische systemen van kennis, concepten, regels en praktijk die worden geleerd en overgeleverd via generaties, inclusief taal, religie en spiritualiteit, familiestructuren, levensstadia, rituelen, gewoonten en morele en juridische systemen. Culturen zijn open, dynamische systemen die voortdurend aan verandering onderhevig zijn; in de hedendaagse wereld worden de meeste individuen blootgesteld aan meerdere culturen, die gevormd worden tot hun eigen identiteiten en van waaruit zin wordt gegeven aan alledaagse ervaringen.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, 2013:749



Traumatische rouw: aanleiding onderzoek

Casus

*'Om mijn zoon tegen al het geweld in Syrië te beschermen heb ik hem naar Egypte verhuisd. Niet veel later begon de Arabische lente in Egypte en was hij ook daar niet meer veilig. In Libanon zou hij vrij van al het geweld zijn leven kunnen opbouwen, dus we verhuisden hem naar Libanon. Helaas overleed mijn zoon in Libanon door een auto-ongeluk een paar dagen nadat hij getrouwd was. De dood van mijn zoon heeft het leven van mij en van mijn vrouw volledig veranderd. We konden het verlies niet accepteren en raakten somber. Tegelijk verslechterde de situatie in Syrië in rap tempo. Het bedrijf dat ik vanaf de grond had opgebouwd, werd gebombardeerd. Hierop besloten we te vluchten. In Nederland werden mijn klachten als een posttraumatische stressstoornis en een depressie gediagnosticeerd. Vervolgens ben ik vier jaar lang volgens het daarbij passende protocol door verschillende behandelaars behandeld. Ik kreeg medicatie en trauma behandeling, maar zonder voldoende resultaat. **Toen ik mijn zesde behandeling bij een andere therapeut startte, was er aandacht voor de dood van mijn zoon. Eindelijk had ik het gevoel dat we de kern van mijn klachten te pakken hadden. De behandeling was confronterend maar had ook een helende werking.'***



Traumatische rouw in de DSM

Aandacht voor traumatische rouw

Sinds DSM-5 aandacht en erkenning voor traumatische rouw

- Persistent Complex Bereavement Disorder (DSM-5)
- Prolonged Grief Disorder (ICD-11, DSM-5-TR)

Klachten na het overlijden van een dierbare > 1 jaar

Overlap met PTSS, depressie

Vaak over het hoofd gezien (zeker bij vluchtelingen)



Wat is een persisterende-rouwstoornis (PRS)?

> 12 maanden

een kwellend verlangen

emotionele pijn

preoccupatie

moeite om het verlies te accepteren

ongeloof of vervlakking

bitterheid of boosheid

moeite om positieve herinneringen aan de overledene op te halen

verminderde interesses in activiteiten

zelfverwijten

vermijding van herinneringen aan het verlies

eenzaamheid

moeite om andere mensen te vertrouwen

het gevoel dat het leven leeg en betekenisloos is

verwarring over de eigen rol in het leven



Overeenkomsten PRS met depressie en PTSS

Depressieve stoornis	Posttraumatische stressstoornis
Verdriet Verlies van interesse Gevoel van waardeloosheid Schuldgevoel	Traumatische gebeurtenis Geschoktheid Opdringende herinneringen Vermijding



Verskil met PTSS

Posttraumatische stressstoornis	Persisterende rouwstoornis
Ontstaan door blootstelling aan gevaar	Ontstaan door verlies van een dierbare
Angst is primair	Verdriet is primair
Nachtmerries komen vaak voor	Nachtmerries komen zelden voor
Patiënt wil vergeten	Patiënt wil niet vergeten
	Intens verlangen naar de overledene



Prevalentie van PRS na verlies van dierbaren

Prevalentie

9,8% in algemene populatie (overwegend westers)

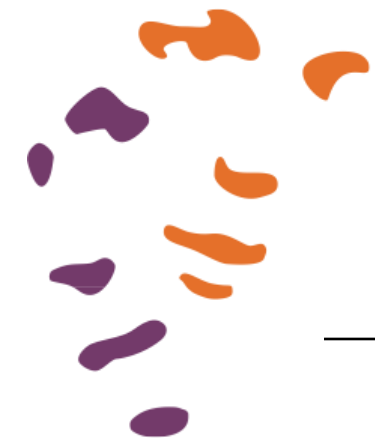
Lundorff et al., 2017

49% bij onnatuurlijk verlies (zelfmoord, ongeluk)

Djelantik et al., 2020

87,6% verlies van dierbare bij Irakese asielzoekers

Hengst, Smid, Laban, 2018



Vragenlijst: Traumatic Grief Inventory-Self Report

TGI-SR (22 items)

		Nooit (1)	Zelden (2)	Soms (3)	Vaak (4)	Altijd (5)
1	Ik had plots opkomende gedachten en beelden die te maken hadden met zijn/haar dood.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ik had intense gevoelens van emotionele pijn, verdriet, of golven van rouw.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ik voelde een zeer sterk verlangen naar hem/haar.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ik voelde verwarring over mijn rol in het leven of een verminderd gevoel van eigenwaarde.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ik had moeite om zijn/haar dood te aanvaarden.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ik vermeed plaatsen, voorwerpen, of gedachten die mij eraan herinneren dat hij/zij dood is.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ik had moeite om mensen te vertrouwen.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ik voelde me bitter gestemd of boos over zijn/haar dood.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ik had moeite om door te gaan met mijn leven (bijvoorbeeld door nieuwe vrienden te maken, nieuwe interesses te ontwikkelen).	☐	☐	☐	☐	☐
10	Ik voelde mij verdoofd.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ik vond het leven leeg en zonder betekenis zonder hem/haar.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ik voelde me geschokt of verbijsterd over zijn/haar dood.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ik merkte dat mijn functioneren (in mijn werk, privéleven en/of sociale leven) ernstig is verslechterd ten gevolge van zijn/haar dood.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ik had plots opkomende gedachten en beelden die te maken hebben met de omstandigheden waaronder hij/zij is overleden.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Het lukte mij niet goed om stil te staan bij positieve herinneringen aan hem/haar.	☐	☐	☐	☐	☐

JOURNAL OF LOSS AND TRAUMA
2017, VOL. 22, NO. 3, 196–212
<http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>



OPEN ACCESS

The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and Preliminary Psychometric Evaluation

Paul A. Boelen^{a,b} and Geert E. Smid^{b,c}

^aDepartment of Clinical Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; ^bArq Psychotrauma Expert Group, Diemen, The Netherlands; ^cFoundation Centrum '45, Diemen, The Netherlands

ABSTRACT

Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) is a disorder of grief newly included in the "Emerging Measures and Models" section of the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Prolonged Grief Disorder (PGD) is a disorder with similar symptoms, likely to be included in the forthcoming 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 1992). We developed the Traumatic Grief Inventory Self-Report version (TGI-SR), an 18-item measure, for the assessment of symptoms of PCBD and PGD in clinical and research settings. This study was an initial attempt to evaluate psychometric properties of the TGI-SR. To this end, the measure was administered to 327 patients of a mental health institute specialized in the treatment of psychopathology associated with loss and trauma. We found evidence that items of the TGI-SR (all 18 items, as well as the selection of 17 items representing PCBD criteria, and 11 items representing PGD criteria) loaded on one dimension. The TGI-SR demonstrated strong internal consistency. Elevated scores on the TGI-SR were significantly correlated with elevated scores on indices of psychopathology and lower quality of life, attesting to the concurrent validity. Receiver operation characteristic (ROC) analyses of the TGI-SR total score against provisional diagnoses of PCBD and PGD yielded a high area under the curve index suggesting that the TGI-SR total score can be used as an indicator for probable diagnoses of both PCBD and PGD. Results of this study provide initial evidence that PCBD and PGD symptoms may be readily and reliably measured using the TGI-SR.

ARTICLE HISTORY

Received 11 May 2016
Accepted 21 October 2016

KEYWORDS

Assessment; persistent complex bereavement disorder; prolonged grief disorder



Traumatische rouw: let's talk about grief

Prevalentie van PRS

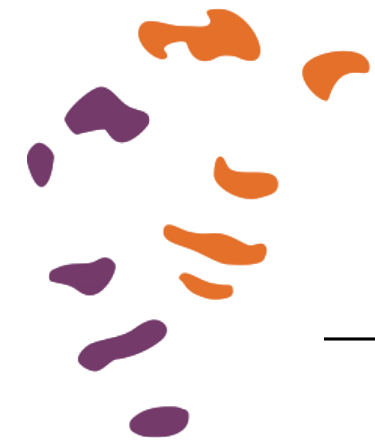
Characteristic	Total sample (n=46)	Refugees (n=27)	Non-refugees (n=19)	Difference	
				t/X ²	p
Age, mean (SD) [#]	42.2 (12.1)	38.9 (10.2)	47.2 (13.3)	2.36	.023
Female, n (%) [#]	18 (40%)	9 (33%)	9 (50%)	1.25	.264
PGD_DSM5, n (%) ^{@*}	15 (34%)	12 (46%)	3 (17%)	4.12	.042
PGD-ICD11, n (%) ^{@ *}	15 (34%)	12 (46%)	3 (17%)	4.12	.042
PGD-symptom severity, mean (SD)	65.2 (18.1)	70.3 (16.3)	58.1 (18.5)	2.36	.023
Posttraumatic stress disorder, n (%) [#]	23 (51%)	19 (73%)	4 (21%)	11.89	<.001
Depressive disorder, n (%) [#]	40 (89%)	24 (92%)	16 (84%)	0.73	.393
Anxiety disorder, n (%) ^{\$}	28 (65%)	18 (75%)	10 (53%)	2.34	.126



Traumatische rouw: let's talk about grief

Determinanten van PRS

Determinant	Univariate		Multivariate			
	OR (95%CI)	p	Block 1		Block 1 & 2	
			OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Block 1						
Age	0.96 (0.90; 1.02)	.14	0.97 (0.91; 1.03)	.32	0.96 (0.89; 1.03)	.26
Sex (female)	1.58 (0.44; 5.64)	.49	2.25 (0.54; 9.28)	.26	2.21 (0.48; 10.06)	.31
Refugee	4.29 (1.00; 18.45)	.05	3.51 (0.71; 17.27)	.12	5.33 (0.66; 42.94)	.12
Block 2						
Posttraumatic stress disorder	1.22 (0.35; 4.27)	.75			0.30 (0.04; 2.22)	.24
Anxiety disorder	2.35 (0.53; 10.41)	.26			1.49 (0.24; 9.12)	.67
Depressive disorder	2.24 (0.23; 22.05)	.49			1.23 (0.10; 14.66)	.87



Traumatische rouw: let's talk about grief

Determinanten van PRS

	Univariate			Multivariate					
	B (95%CI)	t	p	Block 1			Block 1 & 2		
				B (95%CI)	t	p	B (95%CI)	t	p
Block 1									
Age ^a	-0.38 (-0.83; 0.07)	1.71	.10	0.29 (-0.26; 0.83) ^c	1.06	.29	0.38 (-0.15; 0.92) ^e	1.47	.15
Sex (female)	11.28 (0.55; 22.01)	2.12	.04	15.83 (6.57; 25.08)	3.46	<.01	15.34 (5.93; 24.75)	3.31	<.01
Refugee	12.15 (1.77; 22.54)	2.36	.02	41.85 (19.69; 64.01) ^d	3.82	<.01	41.15 (16.81; 65.50) ^f	3.44	<.01
Age ^a X Refugee	NA ^b			-1.19 (-1.99; -0.40)	3.04	<.01	-1.21 (-2.02; -0.40)	3.04	<.01
Block 2									
Posttraumatic stress disorder	10.61 (0.00; 21.22)	2.02	.05				-3.79 (-15.41; 7.83)	0.66	.51
Anxiety disorder	18.44 (7.90; 28.98)	3.53	<.01				12.36 (1.70; 23.03)	2.36	.02
Depressive disorder	12.98 (-4.23; 30.18)	1.52	.14				6.98 (-7.36; 21.33)	0.99	.33



Interviews met patiënten (BG-CFI)

Thema's (voorlopig)

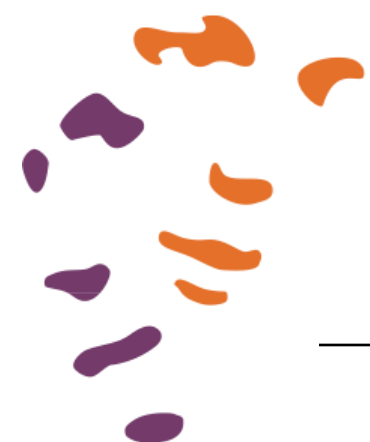
Geen afscheid kunnen nemen

Bijzondere band met de overledene (voorbeeld Sierra Leone, Iran)

Bijzondere omstandigheden van het overlijden (vlucht)

Nooit over kunnen praten

Stoppen met bepaalde activiteiten

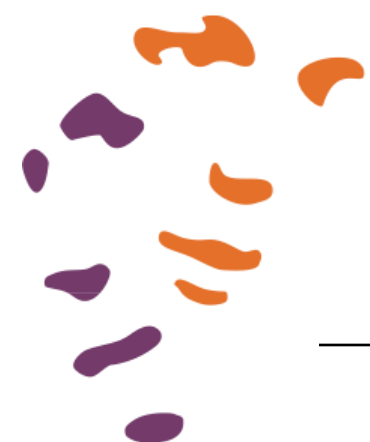


Interviews met behandelaren

Aandacht voor rouw (hoeveel aandacht is er voor rouw?)

“Ik denk dat het misschien meer of beter zou kunnen. Dat is ook omdat ik weet dat het een onderwerp is hier en dat het daardoor ook in je mindset naar voren komt. Ik denk dat het in de periode daarvoor misschien niet voldoende aanwezig was in ons denken. Dat we vooral uitgaan van PTSS als achtergrond van de klachten, wat iemand zelf meegemaakt heeft.”

“Maar misschien moeten we wel hier in de intake standaard vragen ‘is er nog iemand overleden, recent of minder recent, waar je nog vaak aan moet denken of waar je nog last van hebt.’ Die vraag stel je niet standaard volgens mij, dat zou misschien wel moeten net als dat ik standaard vraag of iemand zwanger is geweest.”

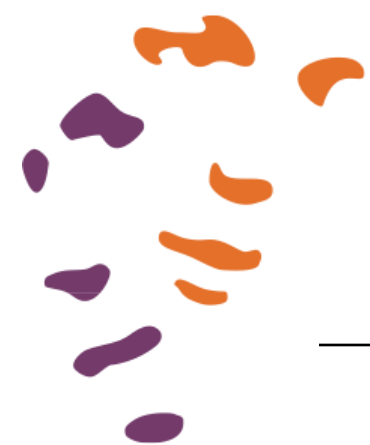


Interviews met behandelaren

Bekendheid met rouw (hoe bekend ben je met persisterende rouw?)

“Ja, ik denk dat als je rouwt, daar altijd opdringende gedachten bij komt kijken, dat je die gedachten niet kunt stoppen, slaapproblemen, nachtmerries, herbelevingen, schuldgevoelens, schaamte, stemmingsproblemen, angsten. Daaraan gekoppeld, iets voor de familie willen betekenen, iets voor de achterblijvers willen betekenen. Schuldgevoelens. Cultureel gezien, je rol willen vervullen, je plichten willen vervullen.”

“Uhm, ja. Ik zou zeggen wellicht somberheid. Ja, misschien wat... ik weet niet of ik het herbelevingen zou noemen maar in ieder geval iets in die richting van dat je daar een beetje de hele tijd mee bezig blijft, of dat het in je hoofd speelt. En ik kan me ook voorstellen dat je er bijvoorbeeld veel over droomt, nachtmerries over hebt. Die dingen zou ik een beetje erin voegen, ja. Dat zou ik verwachten.”

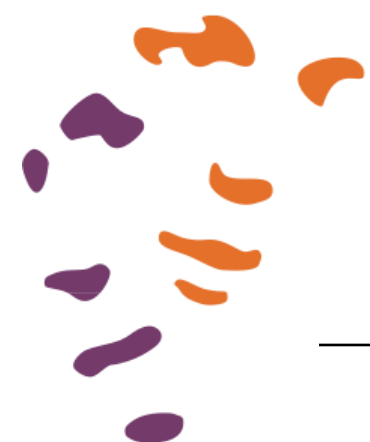


Interviews met behandelaren

Frequentie van rouw (hoe vaak denk je dat het voorkomt?)

"Ja, maar mensen zelf hebben het niet vaak door, patiënten zelf Dus wat ik wel vaak tegenkom is dat ik dan vraag aan mensen van, heb je het een plek kunnen geven? Als ik mensen dan helemaal zie volschieten. Daar zijn mensen zich niet bewust van. Dus in die zin komt het gemiddeld voor. Want is toch wel vaak dat je mensen vraagt van, en dat is niet zo dat het hele leven is vastgelopen ofzo, maar het is niet vaak een plek gegeven ... Dus dat kom je vaak tegen, aspecten ervan kom je heel vaak tegen."

"Soms tot vaak ... is het vaak ook niet een natuurlijk sterfgeval. Vaak is ... gaat dat met geweld gepaard. En ik weet niet of dat zo is, maar ik kan me voorstellen dat dat dan ook sneller leidt tot een gestagneerd rouwproces. Of dan wel tot PTSS, ik denk dat we dat in het verleden ook vaak onder PTSS geschaard hebben."

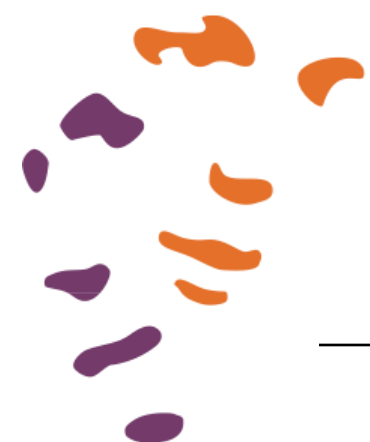


Interviews met behandelaren

Symptomen van rouw (welke symptomen passen volgens jou bij rouw?)

“Ja, ik denk dat als je rouwt, daar altijd opdringende gedachten bij komt kijken, dat je die gedachten niet kunt stoppen, slaapproblemen, nachtmerries, herbelevingen, schuldgevoelens, schaamte, stemmingsproblemen, angsten. Daaraan gekoppeld, iets voor de familie willen betekenen, iets voor de achterblijvers willen betekenen. Schuldgevoelens. Cultureel gezien, je rol willen vervullen, je plichten willen vervullen.”

“Uhm, ja dat het overlijden iemand bezighoudt, schuld, dat het misschien ook gepaard gaat met schuldgevoelens. Plots opkomende gedachtes aan, aan... hoe zeg je dat, aan situaties rondom het overlijden, de wens om weer bij degene die je bent kwijtgeraakt, om weer uhm, ja, herenigd te worden, als je dat zo kan noemen. Schuldgevoelens had ik al genoemd, er weer aan terug denken. Nou, de emoties die daarmee gepaard gaan. Vaak is het verdriet, maar soms ook wel boosheid. Soms boos op de ander maar ook soms boos op jezelf. Dat je jezelf daarin dingen kwalijk neemt of de ander daarin. Van ja, ik ben hier achtergelaten zeg maar, want ik sta er nu alleen voor. Ja, dat is een beetje wat in mij opkomt.”



Interviews met behandelaren

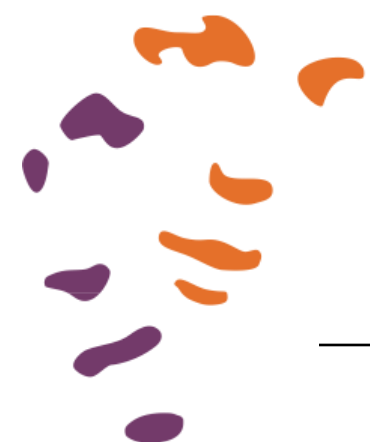
Onderscheid normale rouw en PRS, rouw en PTSS/depressie

“Uhm, en de symptomen ken ik misschien wel maar de termijn wanneer je over gaat van normale rouw naar gestagneerde rouw, dat durf ik niet... te zeggen, nee ik zou zeggen na 6 maanden maar dat is... weet ik niet zeker, nee.”

“Ik dacht iets met een half jaar of een jaar na het overlijden. Maar dat weet ik niet zeker. Klopt dat?”

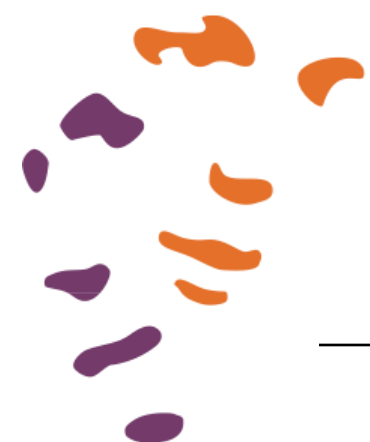
“Depressie kan er ook op lijken, dat je gewoon niet meer uit je bed komt en dat je wanhopig bent, somber bent. Dus nou ja, ik denk wel dat we in die zin misschien eerder de PTSS en depressie stellen dan de rouw, omdat dat verward wordt en misschien niet goed op gelet.”

“Soms heb je beiden, hè, kan ook nog. Ik heb iemand die heeft depressieve klachten maar die heeft ook verstoorde rouw.”



Conclusies

- Bijna de helft van de patiënten met een migratieachtergrond scoort boven de grenswaarde op de rouwvragenlijst, hoewel ze daar niet voor verwezen zijn; 2 tot 3 keer zo vaak als bij NL patiënten
- Angst geassocieerd met PRS
- Behandelaren hebben behoefte aan meer kennis over PRS en ontdekken PRS pas in de loop van de behandeling; standaard uitvragen bij intake



Onderzoeksgroep

Geert Smid (Centrum'45)

Daniëlle Cath

Simon Groen (hoofdonderzoeker)

Marijke Menninga (junior onderzoeker)

Catherine Kastelein (onderzoeksassistent)

Ans Kooymans (onderzoeksassistent)

Fleur Kellenaers (onderzoeksassistent)

Aïcha Attia

Beniam Nigus

Nadia Thiel

Shamira Kuiper

4 ervaringsdeskundigen

Met dank ook aan: Astrid Lugtenburg, alle deelnemende cliënten en behandelaren



Literatuur

- Blackmore, R., Boyle, J.A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K.M., Fitzgerald, G., Misso, M., Gisbon-Herlm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9): e1003337.
- Djelantik, A.A.A.M.J., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., Boelen, P.A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural loss: systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265: 146-156.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Groen, S.P.N., Menninga, M.C., Cath, D.C., Smid, G.E. (2022). Let's talk about grief: Protocol of a study on the recognition and psychoeducation of prolonged grief disorder in outpatients with common mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 944233
- Hengst, S., Smid, G.E., Laban, C.J. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1): 52-60.
- Henkelmann, J.-R., De Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry Open*, 6, e68, 1-8.
- Lenferink, L.I.M., Eisma, M.C., Smid, G.E., De Keijser, J., Boelen, P.A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory Self-Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112: 152281.
- Lewis-Fernández, (2017)
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212: 138-149.
- Nienhuis, F., Van de Willige, G., Rijnders, C.A.T., De Jonge, P., Wiersma, D., (2010). Validity of a short clinical interview for psychiatric diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 64-68.
- Patanè, M., Ghane, S., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Schoonmade, L., Tarsitani, L., Sijbrandij, M. (2022). Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health* 1–14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.29>.
- Smid, G.E., Groen, S., De la Rie, S., Kooper, S., Boelen, P.A. (2018). Toward cultural assessment of grief and grief-related psychopathology. *Psychiatric Services*, 69(10): 1050-1052.
- Van Dijk, R. (1996) Ten geleide: trauma en cultuur. Naar een vruchtbare discussie tussen antropologen, medici en psychologen. *Medische Antropologie*, 8(1), 1-10.



Dank voor jullie aandacht!

Vragen?

