

In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp@planet.nl) om het format aan te vragen.

Dagbehandeling Traumatische Rouw van Stichting Centrum '45

Door **Elise van Wageningen** (tot voor kort sociotherapeut en nu psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij Stichting Centrum '45) en **Geert Smid** (psychiater, psychotraumatheapeut NtVP en senior onderzoeker bij Stichting Centrum '45 / Arq Psychotrauma Expert Groep).

Inleiding

In oktober 2013 is er een innovatieve behandeling gestart bij Stichting Centrum '45 te Diemen. Vanuit het werken met patiënten met complexe psychotraumaklachten werd opgemerkt dat deze patiënten niet alleen traumatische ervaringen hebben meemaakt maar dat zij tevens vaak op een traumatische wijze een of meerdere dierbaren hebben verloren. Bestaande behandelmethoden zijn niet toegesneden op traumatische rouw. In reactie op dit gegeven werd een individuele behandeling ontwikkeld (Smid, 2013) die ingebed is in een hierop afgestemd dagklinisch behandelprogramma. Het doel van de behandeling is onder andere de psychische klachten ten gevolge van de traumatische rouw te verminderen.

Wij noemen deze behandeling de Dagbehandeling Traumatische Rouw. Voor deze behandeling worden patiënten geïndiceerd die een traumatisch verlies hebben meemaakt zoals een onverwacht of gewelddadig verlies van een naaste door oorlog, een misdaad of een andere geweldsituatie. Het gaat om patiënten bij wie de diagnose posttraumatische stressstoornis of depressie is gesteld en die gemotiveerd zijn voor behandeling.

In de eerste fase van deze behandeling heeft groepspsycho-educatie een belangrijke rol. Wij laten u graag kennismaken met de Dagbehandeling Traumatische Rouw en zullen dat doen aan de hand van voorbeelden.

Traumatische rouw

De term traumatische rouw staat voor een mix van zowel depressieve en posttraumatische stress- als gecompliceerde rouwsymptomen volgend op het verlies van een dierbare onder gewelddadige omstandigheden. Traumatische rouw is anders dan gecompliceerde rouw; er zijn naast de kernsymptomen van gecompliceerde rouw – zoals separatiepijn en separatiewanhoop – vaak ook klachten passend bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een depressieve stoornis.

Gevoelens van verdriet, interesseverlies, waardeloosheid en schuld komen zowel voor bij een depressieve stoornis als bij traumatische rouw. Verschillen zijn er echter ook: bij traumatische rouw is het verdriet gerelateerd aan het gemis van de overledene, kan er naast het interesseverlies wel belangstelling zijn voor herinneringen aan de overledene en kan er tevens een intens verlangen zijn naar contact met de overledene. We zien dat het schuldgevoel bij traumatische rouw is gekoppeld aan interacties met de overledene. Is bij depressie het piekeren een symptoom, bij traumatische rouw is men vaak geïnteresseerd met positieve herinneringen aan de overledene en met zich opdringende herinneringen aan het overlijden. Bij traumatische rouw kan er ook veel vermijding plaatsvinden van plaatsten of personen die herinneringen aan het verlies oproepen.

Wanneer we kijken naar de overlap van traumatische rouw met PTSS, dan zien we dat beide een traumatische gebeurtenis omvatten, evenals geschoktheid, zich opdringende herinneringen en vermijding. Het onderscheid zit hem meer in de oorzaak. Waar PTSS is ontstaan door blootstelling aan gevaar, is traumatische rouw ontstaan door verlies van een dierbare. Hieruit voortvloeiend staat het verdriet voorop bij traumatische rouw, in tegenstelling tot de angst die centraal staat bij PTSS. Nachtmerries komen vaak voor bij PTSS, maar bij traumatische rouw komen nachtmerries zelden voor. Tot slot wil een patiënt met PTSS vaak vergeten en wil een patiënt met traumatische rouw juist helemaal niet vergeten maar verlangt deze intens naar de overledene.

De patiëntengroep

De groep bestaat uit acht patiënten, vrouwen en mannen, twintigers tot vijftigers, meest vluchtelingen uit verschillende landen, allen Nederlandssprekend, enkele zonder vaste verblijfsvergunning. Allen hebben al lang traumatische rouwklachten. De groep wordt geleid door twee sociotherapeuten.

De groep is stil. Wat zeg je tegen elkaar als je net bent begonnen in een traumatische rouw-groep? De patiënten hadden stuk voor stuk gehoopt dat er een andere oplossing zou zijn voor hun klachten. Een wonderpil bestaat er niet, dat weten ze, maar ze hadden gehoopt dat wij, de therapeuten van Centrum '45, iets zouden kunnen doen, zij hebben immers geen energie meer en raken snel overspoeld.

De groep moet wennen. Het is stap voor stap werken, iets wat ze niet meer gewend zijn. Ze hebben vaak genoeg in hun leven meegeemaakt dat het alles of niets was, nu is leren te denken in kleine stapjes een belangrijk aspect van de behandeling. De groep wordt niet direct gevraagd te vertellen aan elkaar wat hun traumatische verlies is. Dit wordt niet expliciet benoemd, voelbaar is wel de spanning onder de groepsleden, het wantrouwen, de angst direct veel te moeten delen. Door eerst de context neer te zetten, daalt de spanning. Eerst nemen we de tijd om te wennen aan elkaar en om de structuur van de dagbehandeling te leren kennen. Velen hebben zich al jaren geleden teruggetrokken uit het sociale leven en voor hen is deze behandelgroep in veel opzichten een nieuwe ervaring. Het contact maken met een

ander is iets wat sommigen lang niet gedaan hebben en wat ze niet gemakkelijk af gaat. De één is stil, kijkt naar de tafel, de ander spreekt de therapeut aan en benadrukt dat het bijna onmogelijk was om naar de therapie toe te komen na wederom een slapeloze nacht.

Fase één

De dagbehandeling traumatische rouw bestaat uit drie fasen van elk vier maanden, in totaal duurt de behandeling een jaar. Een groep van acht patiënten begint met de eerste fase en loopt gezamenlijk de drie fasen door. In de eerste fase van de behandeling wordt er stapsgewijs toegewerkt naar het onder ogen zien van de realiteit van het verlies en het ervaren van de emoties die daarbij horen. De therapeuten geven de patiënten in de groep psycho-educatie over de behandeling, over de traumatische rouw en over het omgaan met de gevoelens die daarbij horen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het rouwtakenmodel van Worden (2001):

- Accepteren van de realiteit van het verlies
- Ervaren en toelaten van emotionele pijn
- Aanpassen van zelf en leven
- De draad van het leven oppakken

Wanneer de therapeut de rouwtaken voorleest, deelt Amir in reactie hierop een ervaring. Hij herkent dat hij destijds de emotionele pijn van het verlies niet kon aanvaarden en ervaren. Door de traumatische ervaring en context was hij genoodzaakt alles in het werk te stellen om te overleven:

‘Ik moest hollen in plaats van stilstaan’, vertelt hij. Zara herkent dit en vult aan: ‘Na mijn vlucht naar Nederland, hield ik dit jaren vol. Totdat ik letterlijk niet meer kon lopen.’ De groepsleden herkennen het als Zara vertelt dat zij in een situatie terecht kwam waarvan zij gedacht had er nooit meer in terecht te komen. ‘Ik had gedacht dat na alle ellende, ik mijn portie in het leven gehad had.’ Dat zij met het opbouwen van het leven in Nederland, alleen nog maar bergopwaarts zou gaan. Ze deed immers zo hard haar best om vooruit te gaan. Veel groepsleden hebben jarenlang zestig uur of meer in de week gewerkt en geknukt.

Zeker tijdens de eerste groepsbijeenkomsten heerst er een geladen sfeer. Alsof iedereen worstelt met zijn of haar gevoelens, te veel tegelijkertijd voelt. De therapeuten zetten daarom de eerste bijeenkomsten de kaders neer voor een veilig en vertrouwd groepsklimaat. Zij geven de groepsleden de structuur van de dag, bespreken de groepsregels en geven aan bij wie zij terecht kunnen of wat zij bijvoorbeeld kunnen doen wanneer zij bang zijn de controle te verliezen over hun emoties. De groepsleden laten veel vermijding zien, zowel in hun voorgeschiedenis als in de groep, dit om niet stil te staan, niet te voelen. De emotieregulatie is tijdens de traumatische gebeurtenissen ontregeld geraakt en naderhand niet hersteld. In de groep geven we veel uitleg over emoties en over emotieregulatie. We vragen veelvuldig naar gevoelens. Patiënten komen langzamerhand weer meer in contact met hun gevoel, kunnen woorden gaan geven aan hun gevoelens,

kunnen naar de woorden van een ander luisteren en hierbij aansluiten. Een grote stap, want de groepsleden vertellen in de eerste bijeenkomsten vooral niet te kunnen geloven dat de belangrijke ander is overleden, alsof het niet zo is. De patiënten zeggen letterlijk: ‘Mijn ouders zijn...’ En knikken dan, kunnen het woord ‘overleden’ of ‘vermoord’ niet uitspreken. De groep praat ook veel over wat als de belangrijke ander er nog was: ‘Als mijn vriend hier was...’, of: ‘Als mijn kind hier was dan zou ik...’ Alsof de ander ergens nog in leven is. Hoe de patiënt zijn of haar verlies benoemt wordt door de therapeuten gerespecteerd. Wel benoemen de therapeuten steeds de realiteit van het verlies van dierbaren, ze gaan zodoende niet mee met de vermindering.

De confrontatie met het traumatische verlies is voor de groepsleden een pijnlijk gegeven. Ze zijn gewend te overleven, hebben na de tegenslagen doorgezet en zijn een tweede leven gestart, alsof ze de behoefte hebben te bewijzen dat ze krachtig zijn en zich niet gewonnen willen geven. Alsof ze nog in de overlevingsmodus zitten.

Er wordt in de groep aan patiënten veel erkenning en begrip gegeven door de therapeuten, de klachten worden genormaliseerd en als passend bij hun traumatische ervaringen uitgelegd. Ali vertelt bijvoorbeeld dat hij het niet kan hebben als mensen vragen waar hij vandaan komt, dit roept zoveel negatieve herinneringen op dat hij het contact met mensen vermijdt: ‘Als mensen vragen waar ik vandaan kom en waarom ik in Nederland ben, kan ik niet antwoorden en

voel ik teveel pijn.’ Voor de groep is dit een goed voorbeeld om mee te werken, herkennen anderen dit? Hoe reageren zij? Wat denken ze, waarom vragen mensen dit aan Ali? Wat zou Ali kunnen antwoorden? Heeft Ali ook mooie herinneringen aan zijn land?

Patiënten maken tijdens de behandeling kennis met nieuwe manieren van omgaan met deze klachten. Dit alles binnen een dagprogramma dat naast de groepspsycho-educatie ook bestaat uit beeldende therapie en psychomotorische therapie.

Door psychomotorische therapie worden patiënten aangespoord en gemotiveerd om weer in beweging te komen en interacties aan te gaan, samen met hun groepsleden tijdens de therapie. De bedoeling is dat dit zich ook voorzet buiten de behandelsetting om. Dat de patiënten actiever worden, stapje voor stapje verder gaan. Tevens worden de patiënten spanningsregulatie- en emotieregulatievaardigheden aangeleerd.

In de beeldende therapiegroep staat erkenning, herkenning en het delen van ervaringen centraal, met als doel het opdoen van nieuwe positieve ervaringen en het vormgeven aan emoties. Er wordt samen met de patiënt gezocht naar diverse symbolen en / of rituelen die hierbij passend zijn.

Fase twee

In de tweede fase van de behandeling staat de verliesverwerking centraal. Hiervoor is de individuele behandeling Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw of Brief Eclectic Psycho-

therapy for Traumatic Grief (BEP-TG) ontwikkeld. Dit is een combinatie van de Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) (Gersons, Meewisse, Nijdam, Olff, 2011) en het behandelprotocol voor Gecomplieerde Rouw van Boelen & Van den Bout (2011). De BEPP is een aange-toond effectieve behandelvorm bij post-traumatische stressstoornis (Gersons, Carlier, Lamberts, & van der Kolk, 2000; Lindauer et al., 2005).

De groep geven we tijdens de eerste fase uitleg over de te verwachten BEP-TG-behandeling, die in de tweede fase als een individuele behandeling wordt gegeven. We vertellen de groep dat de BEP-TG uit een aantal elementen bestaat en we leggen deze aan hen uit.

Als eerste benadrukken we dat we de partner of een belangrijke naaste van de patiënt graag ook uitleg geven over de therapie. We nodigen de patiënt uit de partner of belangrijke naaste mee te nemen naar een van de eerste individuele therapieessies.

Dat men bij een traumatisch verlies vaak genoodzaakt is om actief te blijven en niet bij gevoelens stil te staan, is dan wel bekend voor de groep maar velen begrijpen het niet en kunnen het niet accepteren. We leggen uit dat gevoelens over het verlies zo hevig kunnen zijn dat men er bang voor is en dat men probeert de gevoelens te controleren of te vermijden. Dit kost op den duur te veel energie: men wordt uitgeput en vergeetachtig. Wat dan nodig is, is het verdriet toe te laten en te aanvaarden dat het verlies heeft plaatsgevonden.

Het bespreekbaar maken van vermijding

komt op veel plekken terug in de behandeling. De behandeling bestaat uit blootstelling aan de herinneringen en gevoelens rondom het verlies. We leggen in de groep uit dat de individuele behandeling verder gaat met exposure en dat daarbij ook specifieke therapeutische interventies horen die kunnen worden toegepast.

Daarnaast is er net als in de groep tijdens de individuele therapie ruimte voor betekenisgeving en activering. We leggen de groepsleden uit dat de volgende thema's ook besproken worden: veiligheid, controle / rituelen / cultuur, eigenwaarde, vertrouwen, intimiteit en hechting, boosheid en wraakgevoelens, overlevingsschuld en overlevingsschaamte. Regelmatig komt tijdens de therapie ook ouderschap ter sprake en rituelen die niet konden plaatsvinden.

Met de groep wisselen we van gedachten over wat betekenisgeving is en motiveren we hen hier hun stem in te laten gelden, de therapie is tenslotte voor hun beterschap bedoeld. Daarnaast benadrukken we dat betekenisgeving ook relatie heeft met het uitbreiden van dagelijkse activiteiten. Patiënten brengen vaak veranderingen aan in hun dagelijkse activiteiten tijdens de groepstherapie. Na de individuele therapie is vaak te merken dat ze op een andere manier actief geworden zijn zoals: minder bezig zijn met wantrouwen, meer constructief bezig zijn met de overledene door bijvoorbeeld bloemen voor diegene te kopen.

Tijdens de therapie worden afscheidsrituelen besproken (en later uitgevoerd door de patiënt). We weten dat veel patiënten geen afscheid hebben kunnen nemen van hun over-

leden dierbare. Het alsnog uitvoeren van een afscheidsritueel kan verschillende doelen dienen (Van der Hart, 2003): kracht van handelen, rechtvaardigen van emoties, begrenzen van verdriet, begrenzen van ervaren contact met de overledene, onder ogen zien van de realiteit van het verlies, leren door ervaren, een uitingvorm voor ambivalente gevoelens vinden, ervaren van steun. Het afscheidsritueel wordt in de groep geïntroduceerd maar wordt later door de individuele therapeut meer ter sprake gebracht, zij motiveert de patiënt na te denken over het ritueel en dat op het eind van de behandeling uit te voeren in aanwezigheid van dierbaren in de eigen leefomgeving. De BEP-TG maakt naast afscheidsrituelen ook gebruik van memorabilia als hulpmiddel voor patiënten om uiting te geven aan hun gevoelens. Veel patiënten hebben het idee dat zij als enige geen memorabilia in hun bezit hebben. In de groep blijkt dat geen van de patiënten een foto heeft van hun overleden dierbare. Dit roept veel verdriet op. Rasha zegt: 'Ik schaam me, ik weet niet meer hoe mijn baby eruit ziet.' Ze huilt en andere groepsleden troosten haar door te zeggen dat zij ook grote moeite hebben het gezicht van hun overleden dierbare voor de geest te halen. De groepsleden delen hun verdriet. De groep ziet tegen deze tweede fase op. Jack beschrijft het als: 'Een grote wond waarvan je weet dat die er zit maar waar je niet naar wilt kijken. Een wond die ik wel voel maar niet wil voelen, want als ik die pijn ga voelen, word ik gek.'

Tot zover de uitleg aan de patiënten. Wat we als therapeuten gezien hebben, is dat de

dood en rouw universeel is, maar dat verschillende culturen verschillende gebruikelijke vormen van afscheid nemen hebben. Veel groepsleden vertellen dat er geen rouwritueel kon worden uitgevoerd voor hun overleden dierbare of dat zij hierbij niet aanwezig konden zijn. Een groter deel van de patiëntengroep die tot nu toe de Dagbehandeling Traumatische Rouw gevolgd heeft, is als vluchteling naar Nederland gekomen. We hebben gemerkt dat bij hen culturele gebruiken een grote rol spelen. In veel culturen is het gebruikelijk om niet alleen aandacht te besteden aan de uitvaart maar tevens aan de periode daarna. Zo vindt er in veel landen daags na het overlijden een begrafenis plaats, vier dagen na het overlijden een bijeenkomst in de kerk of moskee gevolgd door een zelfde bijeenkomst een maand of veertig dagen later. Je zou kunnen zeggen dat afscheid nemen het begin van de verliesverwerking impliceert. Groepsleden geven aan dit gemist te hebben en vertellen dat zij zich veelvuldig de vraag hebben gesteld of het mogelijk is alsnog afscheid te nemen. Want wanneer doe je dat, wanneer is daar een goed moment voor? Zara noemt dat het heel onnatuurlijk voelt om afscheid in te plannen, want: 'Als mens wil je geen afscheid nemen van een dierbare, je wilt niet dat het is zoals het is.'

Tijdens de groepsbijeenkomsten wordt er door groepsleden veel in metaforen of in spreekwoordelijke zin gesproken. Ook de therapeuten maken hier gebruik van. Zo wordt de therapie uitgelegd als het helpen bij de zojuist door een patiënt benoemde ontstoken

wond. De wond is dicht maar niet geheeld, zichtbaar is de huid rood, dik en ontstoken. Voor de behandeling van de wond is het nodig de wond open te maken, de wond te onderzoeken, schoon te maken en de huid opnieuw de kans te geven te helen.

De groep reageert heel begrijpend op deze uitleg, het lijkt alsof zij wat meer afstand kunnen nemen van het probleem ‘tegen de therapie op zien’ en het daardoor in een breder perspectief zien.

Als de tweede fase dan echt aanbreekt, gaan de patiënten ieder hun eigen weg. Er is minder groepscontact en de individuele therapie neemt de grootste rol in. Er zijn echter wel twee soorten groepstherapieën. Wederom is er plaats voor de beeldende therapie waarbij er ruimte is voor verliesverwerking en betekenisgeving.

Groepsleden werken vaak vanuit herinneringen aan vroeger. Vaak hebben patiënten geen foto’s meer van hun dierbaren of land van herkomst. Door beeldend te werken kunnen zij herinneringen weer tastbaar maken, iets waar zij veel gebruik van maken. We zien wel dat zij vooral zelfstandig werken in deze fase, in gedachten verzonken zijn, dat het hun veel energie kost naar hun gevoel te luisteren en ze daardoor minder aandacht hebben voor hun omgeving.

We bieden de patiënten daarom naast de beeldende therapie ook een aandachtgerichte groep aan waarin zij kunnen ervaren dat het tijdens deze periode van rouw en verlies mogelijk is om de aandacht te verleggen, ruimte te houden voor het hier en nu, voor ontspanning. Voor veel patiënten is dit een

manier om ‘er weer te zijn’, om weer in Nederland te zijn, te voelen waar je loopt, in welke tijd, in welke omstandigheden je nu verkeert. Er wordt een combinatie van spel, ontspanning en mindfulness toegepast.

Memorabilia

Tijdens de BEP-TG-behandeling wordt er gesproken over memorabilia, spullen waaraan herinneringen aan de overledene zijn verbonden. Soms is het een zoektocht naar foto’s op internet of naar een symbool voor diegene die gemist wordt. De ene patiënt maakt een fotoboek van zijn geboortedorp, de ander kiest een beeld uit van het sterrenbeeld van degene die zij mist. Zij geven dit een plek in hun huidige leven en delen dit soms ook met de groep.

Afscheidsrituelen

Het afscheidsritueel kan gekoppeld worden aan de memorabilia. Bijvoorbeeld bij het fotoboek; een patiënt besloot het fotoboek na de laatste therapiesessie te tonen aan twee goede vrienden. Er kan ook invulling gegeven worden aan het afscheidsritueel door iets te doen met de brieven, geschreven bij de schrijfpdracht. Een brief kan begraven worden, vernietigd worden of de patiënt kan een brief laten lezen aan een dierbare. We moedigen aan dat patiënten hun eigen invulling geven aan het afscheidsritueel. Cultuur en religie spelen vaak een belangrijke rol, een cultuursensitieve houding van de therapeut is daarom gewenst. Het afscheidsritueel van Jack omvatte bij-

voorbeeld onder meer een verzoeningsmaal in de moskee.

Fase drie

Na de tweede fase is er een verschuiving te zien in het leven van de groepsleden. Het traumatische verlies van de belangrijke ander heeft vaak letterlijk een betere plek gekregen in het leven van de patiënten.

Het is nieuw voor de groepsleden dat iemand die er eerst niet meer was, nu weer een plek heeft in het leven. Dit geeft een gevoel van opluchting en ruimte, ruimte voor het leven van nu. Ruimte voor positieve herinneringen. Patiënten werken aan persoonlijke doelen voor de toekomst. De derde fase is gericht op terugkeer in de maatschappij en op het afronden van de behandeling. We bieden de groep een module maatschappelijke oriëntatie aan waarbij we hen op weg helpen hier vorm aan te geven. Deze module wordt groepsgewijs aangeboden waarbij ieder ruimte krijgt voor het ontwikkelen van zijn of haar persoonlijke doelen.

Toch blijft het dubbel, het feit dat er meer ruimte is, zorgt ook voor leegte. Een leegte die wennen is en waarvoor niet altijd een directe invulling is. Nieuwe doelen zijn nodig maar geven soms ook meer verantwoordelijkheid dan iemand aan denkt te kunnen.

De rouw heeft meer omvang en een andere plek gekregen die mooi te duiden is aan de hand van het rouwen als leerproces genoemd door Bowlby (1980):

- Wat het betekent dat onze naaste er echt niet meer is
- Wat onze relatie met de overledene gaat zijn
- Wie wij zijn zonder de overledene

Jack vertelt na het doorlopen van de behandeling dat hij tot rust is gekomen, de nachtmerries zijn verdwenen. Zijn schuldgevoel ten aanzien van zijn vermoorde grootmoeder is verminderd, hij voelt dat zij hem heeft vergeven. Hij voelt minder spanning over zijn vermiste moeder en broers. Hij vertelt zich zeventig procent beter te voelen en ook zijn scores op de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) geven een duidelijke verbetering aan. Hij wil weer doorgaan met vechten voor zijn bestaan. Zijn behandeling kan poliklinisch worden voortgezet.

Ali vertelt rustiger door het leven te gaan. Hij piekert minder, heeft meer energie en is beter in staat contact aan te gaan met mensen in zijn omgeving. Hij zegt veel waarde te hechten aan de ingelijste landkaart van zijn geboorteland, die een plaatsje heeft gekregen in zijn woonkamer, zodat hij belangrijke mensen nu kan vertellen wie hij is en waar hij vandaan komt. Zijn vermoorde ouders hebben heel veel voor hem betekend en hij zal hen nooit vergeten.

Meer informatie

Mocht u meer informatie willen over deze behandeling, dan kunt u contact opnemen met Geert Smid of Elise van Wageningen via Stichting Centrum '45; (020) 6274974 of e-mailen naar: g.smid@centrum45.nl of e.van.wageningen@centrum45.nl.

Stichting Centrum '45

Stichting Centrum '45 is een landelijk centrum voor specialistische diagnostiek en behandeling van mensen met complexe psychotraumaklachten. Kennis en expertise rond psychotraumatologie wordt ontwikkeld door het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en verspreid via onderwijs. Stichting Centrum '45 heeft het keurmerk TOP GGZ, vanwege de hoog specialistische behandel functie en de structurele verankering van onderzoek en kennisoverdracht binnen de organisatie. Stichting Centrum '45 is partner in Arq, een ondersteunende holding voor instellingen en organisaties die zich bezighouden met het thema psycho-trauma en met de gevolgen van schokkende gebeurtenissen.

Literatuur

- Boelen, P.A. & Bout, J. van den (2011).
Protocollaire behandeling van gecompliceerde rouw. In: G. Keijsers, A. van Minnen, & K.A.L. Hoogduin (Eds.) *Protocollaire behandelingen van volwassenen met psychische klachten*, 341-377. Amsterdam: Boom.
- Gersons, B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D. & Kolk, B.A. van der (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- Gersons, B.P.R., Meewisse, M.L., Nijdam, M.J. & Olff, M. (2011). *Beknopte eclecticische psychotherapie voor PTTS (BEPP)*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum / Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., Van Meijel, E.P.M., Blom, K., Carlier, I.V.E., Vrijlandt, I. et al. (2005). Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: Randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
- Smid, G. (2013). Diagnostiek van traumatische rouw en de Dagbehandeling Traumatische Rouw. Gedownload van: http://www.centrum45.nl/sites/default/files/20140421_Smid_Nieuwsbrief_C45_DTR_0.pdf
- Van der Hart, O. & Boelen, P.A. (2003). Therapeutische afscheidsrituelen in de behandeling van problematische rouw: een integratie. In: O. Van der Hart (Ed.), *Afscheidsrituelen: achterblijven en verder gaan*, 221-235. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Worden, W. (2001), *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.