



Universiteit Utrecht

# Ondersteuning bij verliesverwerking vanuit het oogpunt van de nabestaande

*Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie*

Auteur: L.R.B. de Groot (3159493)

In samenwerking met: A.J.H.A. Al (9941622)

Supervisie: Prof. Dr. M.S. Stroebe en Dr. H.A.W. Schut,  
Universiteit Utrecht, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie

Februari 2011

## **Voorwoord**

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Master Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. In de Bachelorfase van deze opleiding wekte het onderwerp rouw mijn interesse en heb ik samen met Alexander Al en Karin van Bommel wat voorzichtige stappen mogen zetten in dit onderzoeksgebied.

Samen met Alexander heb ik het onderzoek naar behoeften van nabestaanden voort kunnen zetten in de Masterfase. Hierbij hebben we een groot gedeelte van het onderzoek samen uitgevoerd. Daarnaast heb ik zelf de hypothese betreffende de verschillende soorten van emotionele sociale steun in relatie tot hulpbehoefte en –gebruik onderzocht.

Graag wil ik mij dank uitspreken aan Maggie Stroebe en Henk Schut voor de begeleiding bij dit onderzoek. Hun gedrevenheid voor dit vakgebied en kritische blik hebben er mede voor gezorgd dat ik dit onderzoek met plezier heb mogen uitvoeren.

Daarnaast wil ik Alexander bedanken voor zijn onvermoeibare bijdrage aan dit onderzoek. Ik vond het zeer prettig om met hem samen te werken.

## **Abstract**

Deze studie onderzocht door middel van een online vragenlijst de behoefte naar en het gebruik van diverse primaire en tertiaire rouwinterventies (zoals beschreven door Schut en Stroebe, 2005) door nabestaanden (N=241) en de relatie met rouwklachtniveau om te kijken of nabestaanden een juiste koppeling maken tussen klachtniveau en soort interventie zoals beschreven door De Keijser (1997). Daarnaast werd de relatie met sociale steun onderzocht. Gevonden werd, dat nabestaanden met hoge rouwklachten meer behoefte hadden aan, en gebruik maakten van tertiaire interventies dan nabestaanden met lage rouwklachten. Zij rapporteerden echter ook meer behoefte aan, en gebruik van, voor hen ineffectieve primaire interventies. Daarnaast werd gevonden dat meer negatieve interacties met de sociale omgeving samenhang met zowel meer hulpbehoefte als meer hulpgebruik. De beoordeling van positieve interacties had alleen een negatieve relatie met de hulpbehoefte en de hoeveelheid positieve interacties had geen relatie met hulpbehoefte en –gebruik. Tenslotte werd aangetoond dat nabestaanden met weinig sociale steun en veel negatieve interacties meer gebruik maken van hulp dan nabestaanden met weinig negatieve interacties.

This study has examined the need for and the utilization of various primary and tertiary grief interventions (as described by Schut en Stroebe, 2005) by grievers (N=241) and the relation with grief distress in order to check whether grievers make the right match between distress and type of intervention (according to De Keijser, 1997), using an online questionnaire. The relationship with social support was examined as well. Results supported that grievers with high grief distress felt more need for, and used more, tertiary interventions compared to grievers with low grief distress. However, they also reported more need for, and used more, primary interventions. Further, it was found that more negative social interactions were related to more need for help as well as utilization of help. Perceived social support only showed a negative relationship with utilization of help while received social support showed no relation with utilization of nor with need for help. Finally it was shown that grievers with low social support and many negative interactions showed more utilization of help than grievers with few negative interactions.

## Inleiding

In de wetenschappelijke rouwliteratuur speelt vandaag de dag de objectivering van rouw in de vorm van symptomatologie en klachtenniveau een vooraanstaande rol. Zo is het in het kader van de voorbereiding van de DSM-5 van belang om een wetenschappelijk gefundeerde symptomatologie van rouw te ontwikkelen, teneinde een pathologische vorm van rouw een zelfstandige plaats te laten krijgen binnen de DSM-5 (Prigerson & Jacobs, 2001), in tegenstelling tot de huidige plaats in de DSM-IV-TR als ‘bijzonder probleem dat een reden voor zorg kan zijn’ (code V62.82, DSM-IV-TR 2000). De Keijser (1997) noemt als belangrijke indicatoren van pathologische rouw de intensiteit van de rouwreacties en stagnatie van het rouwproces. Bij het bepalen van de ernst van deze indicatoren, alsook de effectiviteit van interventies om pathologische rouw te bestrijden, speelt de meting van het klachtenniveau van de rouwende een hoofdrol. Dit klachtenniveau wordt vervolgens op diverse manieren geobjectiveerd, zoals het stressniveau, de mate van somatische klachten, de mate van depressieve klachten (Zisook & Kendler, 2007; Zisook & Schuchter, 1991), angstklachten en traumatische klachten (Boelen, Van den Hout & Van den Bout, 2006) of rouwspecifieke klachten (Boelen, De Keijser & Van den Bout, 2001).

Door deze objectivering van rouw krijgt een belangrijk aspect van het rouwproces niet de aandacht die het verdient, namelijk de behoeften van de nabestaanden zelf. Hoewel volgens Bonanno, Wortman en Nesse (2004) 85 tot 90 procent van de nabestaanden niet aan pathologische rouw lijdt, heeft het verlies van een dierbare voor velen van hen een merkbare impact op het welzijn, die bovendien jarenlang kan voortduren. Nabestaanden zullen mogelijkheden zoeken om dit leed te verzachten of het tenminste draaglijk te maken. Om dit te bereiken zoeken zij vaak hulp van anderen. Deze anderen kunnen zich binnen de eigen sociale kring bevinden, zoals familie en vrienden. De nabestaande kan echter (tevens) hulp buiten zijn eigen sociale kring zoeken. Zo kan de nabestaande informatie halen uit boeken en tijdschriften, zich aansluiten bij een lotgenotengroep of te rade gaan bij een breed scala aan hulpverleners, zoals de huisarts, psychotherapeuten, geestelijken of spirituele hulpverleners zoals een medium (Al, Bommel, & De Groot, 2010). Omdat de daad niet altijd bij de behoefte aan hulp wordt gevoegd, is het inzichtelijk om de behoefte aan hulp te onderscheiden van het daadwerkelijke gebruik van hulp.

De behoefte aan en het gebruik van de diverse hulpbronnen door nabestaanden zullen het richtpunt zijn in het huidige onderzoek. Onderzoek vanuit het perspectief van de nabestaande is van belang omdat deze kennis ervoor kan zorgen dat hulpverlening beter inspeelt op behoeften van nabestaanden. Dit betekent echter niet dat de wil van de nabestaande wet moet zijn, integendeel: onderzoek naar de hulpbehoefte en het hulpgebruik is

juist van belang, omdat wat een nabestaande *denkt* nodig te hebben, niet altijd overeenkomt met wat daadwerkelijk goed voor hem of haar is (zie ook Schut, Stroebe, Van Den Bout & de Keijser, 1997).

Om te kunnen bepalen wat goed is voor een nabestaande is onderzoek naar de effectiviteit van hulpinterventies noodzakelijk. Deze effectiviteit houdt verband met de mate aan rouwklachten die de nabestaande ervaart. In een review naar methodologisch betrouwbare studies over de effectiviteit van rouwinterventies onderscheidde Schut en Stroebe (2005) drie verschillende niveaus van interventies die behulpzaam kunnen zijn bij een rouwproces. Primaire preventieve interventies zijn toegankelijk voor alle mensen die met ongecompliceerde rouw te maken hebben. Secundaire preventieve interventies zijn bedoeld voor mensen met een verhoogd risico op gecompliceerde rouw. Tertiaire preventieve interventies richten zich op mensen die complicaties in het rouwproces ervaren. Uit de review kwam naar voren dat primaire interventies op de langere termijn niet effectief zijn. Er kon geen eenduidig beeld geschetst worden van de effectiviteit van secundaire interventies. De effectiviteit van de werkzame interventies was over het algemeen bescheiden en waren er aanwijzingen, dat de verbetering op de lange termijn geen stand hield. Een complicerende factor was bovendien, dat het bepalen van wat als risicofactor mag worden beschouwd niet eenduidig was bij de verschillende onderzoekers. Tertiaire interventies hadden een bescheiden langdurig effect op het welzijn van nabestaanden met gecompliceerde rouw. Ook De Keijser (1997) betoogt in een overzichtstudie naar effectstudies dat het voor de effectiviteit van hulp van belang is dat de vorm van hulp gekoppeld is aan de mate waarin de rouw gecompliceerd is. Zo is het voor nabestaanden die rouwklachten in zo'n mate ervaren dat er van pathologie gesproken zou kunnen worden, van belang dat zij psychotherapeutische hulp zoeken. Deze hulp zou nabestaanden met normale manifestaties van rouw echter niet aan moeten spreken. Bij deze laatste groep is psychotherapeutische hulp namelijk geen toevoeging aan het natuurlijk herstelproces.

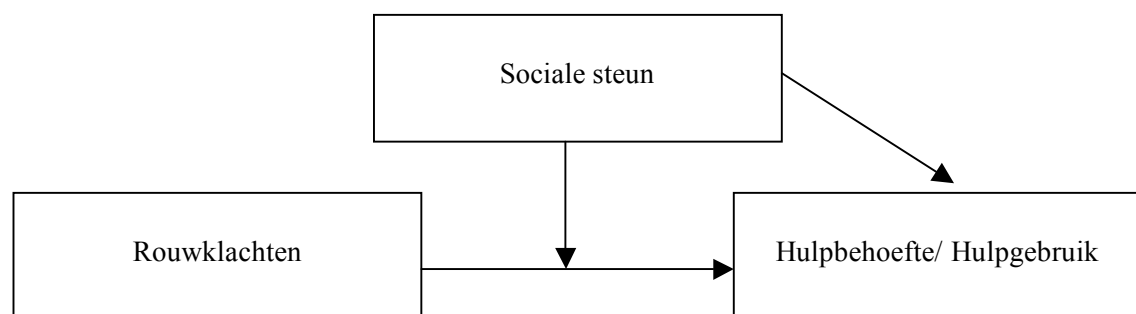
Uit de beschreven onderzoeken komt naar voren dat een 'stepped care'-model voor hulpverlening, waarbij de interventie passend is bij de ernst van de problematiek, de nabestaande de beste mogelijkheid biedt om zijn lijden te verzachten. De vraag is nu of de nabestaande zelf, indien hij op zoek gaat naar hulp buiten zijn eigen sociale kring, een goede inschatting kan maken van de hulp die hij of zij nodig heeft<sup>1</sup>. In een recent onderzoek van Al et al. (2010) werd bekeken in hoeverre de behoefte van nabestaanden aan hulp door een

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek zal alleen gekeken worden naar de mate waarin de nabestaande een juiste koppeling kan maken met betrekking tot primaire en tertiaire, maar niet de secundaire interventies. Aangezien het onderzoek naar risicofactoren nog niet ver genoeg is gevorderd, zoals hierboven beschreven is, kan het niet van de nabestaande verwacht worden dat hij of zij de juiste inschatting zou kunnen maken over de aanwezigheid van risicofactoren bij zichzelf.

psychotherapeut gekoppeld was aan het klachtniveau van deze nabestaanden. In dit geval zou een goede match zijn dat respondenten met hoge rouwklachten behoefte zouden hebben aan hulp van een psychotherapeut (Bonanno et al., 2004) en respondenten met lage of gemiddelde rouwklachten niet. Een belangrijke uitkomst was, dat 27 procent van de respondenten met lage/gemiddelde rouwklachten behoefte aan hulp van een psychotherapeut rapporteerde, terwijl een dergelijke interventie voor hen niet heilzaam zou zijn.

Een ineffectief hulpgebruik kan niet alleen met betrekking tot de nabestaande, maar ook maatschappelijk en economisch negatieve gevolgen geven. Gezien de incidentie van sterfgevallen, de vergoeding van diverse therapieën door een zorgverzekering en de groeiende kosten van de gezondheidszorg in Nederland is het zowel maatschappelijk als economisch van belang dat nabestaanden kiezen voor interventies waar ze ook daadwerkelijk baat bij kunnen hebben. Daarbij dient onderzoek niet alleen hulpbehoefte en –gebruik in kaart te brengen, maar ook mogelijke factoren te identificeren die hiermee verband houden. Het huidige onderzoek stelt zich daarom tot doel om twee factoren te onderzoeken, namelijk het klachtniveau en de mate van sociale steun. Ook zal het samenspel tussen deze twee factoren met betrekking tot hulpgebruik en hulpbehoefte worden onderzocht. Dit levert drie verbanden op, die zijn weergegeven in onderstaand padmodel (Figuur 1).



*Figuur 1.* Padmodel van de onderzochte relaties tussen sociale steun, rouwklachten en hulpbehoefte en -gebruik.

Hieronder zal worden ingegaan op de gehypothetiseerde relaties tussen de variabelen. Allereerst zal het verband tussen rouwklachten en hulpbehoefte en –gebruik verder worden behandeld, vervolgens het verband tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik en tenslotte het interactie-effect van sociale steun en rouwklachten met betrekking tot hulpbehoefte en –gebruik.

### *Rouwklachten en hulpbehoefte/hulpgebruik*

Wanneer nabestaanden hulp zoeken buiten de sociale kring met als doel het verzachten van hun leed door vermindering van hun rouwklachten, kan op basis van de hierboven beschreven wetenschappelijke literatuur worden aangenomen dat nabestaanden met *hoge* rouwklachten zouden moeten kiezen voor een tertiaire hulpinterventie, zoals psychotherapeutische hulp, en niet voor primaire interventies. Uit eerder onderzoek van Al et al. (2010) bleek dat een redelijk deel van nabestaanden met hoge rouwklachten aangaf behoefte te hebben aan een psychotherapeut. De eerste hypothese is daarom:

*Hypothese 1a Nabestaanden met hoge rouwklachten hebben meer behoefte aan en maken meer gebruik van een psychotherapeut dan nabestaanden met lage rouwklachten.*

Daarnaast kan worden voorspeld dat nabestaanden met *hoge* rouwklachten *niet* zouden moeten kiezen voor een primaire hulpinterventie, daar uit de reeds beschreven literatuur bleek, dat deze niet effectief is. Daarom wordt het volgende verwacht:

*Hypothese 1b Nabestaanden met hoge rouwklachten hebben minder behoefte aan en maken minder gebruik van primaire interventies dan nabestaanden met lage rouwklachten.*

### *Sociale steun en hulpbehoefte/hulpgebruik*

Veel nabestaanden zullen de eigen sociale kring zoals familie, vrienden, kennissen en collega's aanspreken voor steun. Hierbij valt zowel te denken aan emotionele ondersteuning als aan praktische ondersteuning, zoals het regelen van de begrafenis. Diverse onderzoeken wijzen uit dat sociale steun een positieve invloed heeft op lichamelijk en psychisch welbevinden (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Karelina & Devries, 2011; Mair, 2009).

Sociale steun wordt in de wetenschappelijke literatuur in brede en in enge zin gedefinieerd. In brede zin kan het gedefinieerd worden als: 'mensen beschikbaar hebben op wie nabestaanden kunnen steunen' (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983), waaronder ook hulp door professionals valt (Tardy, 1985). Andere onderzoekers, zoals Van Sonderen (1993) beschouwen sociale steun in enge zin als louter interacties waarbij geen sprake is van afgesproken verplichting tot tegenprestatie, zoals bij steun van familie, vrienden, kennissen, burens, collega's enzovoort. In het huidige onderzoek zal sociale steun in enge zin worden gehanteerd, aangezien in dit onderzoek de hulp binnen en buiten de sociale kring van elkaar gescheiden worden. Hierdoor wordt het mogelijk om het verband tussen deze twee soorten te onderzoeken.

In eerder onderzoek (Hopmeyer & Werk, 1994; Lehman, Ellard, & Wortman, 1986) werd de hulp van buiten respectievelijk binnen de sociale kring afzonderlijk van elkaar

onderzocht. Zo richtten Hopmeyer en Werk (1994) zich op de redenen van nabestaanden voor deelname aan lotgenotengroepen. Aan deelnemers werd gevraagd welke motiveringen men (on)belangrijk vond om aan een lotgenotengroep deel te nemen. Belangrijke redenen die naar voren kwamen waren onder andere ‘het delen van wat ze geleerd hadden’, ‘ervaringen delen’ en ‘het maken van nieuwe vrienden’. Onbelangrijke redenen waren onder andere dat er ‘niemand anders was’, ‘om iets te doen te hebben’ en ‘uit nieuwsgierigheid’. Lehman, Ellard en Wortman (1986) hadden eerder onderzoek gedaan naar nuttige en onnuttige hulp van de sociale omgeving. Zij vonden dat contact met anderen, het uiten van gevoelens en het meedoen aan activiteiten als nuttig werd ervaren en het ontvangen van advies, aangemoedigd worden om te herstellen en geforceerde vrolijkheid als onnuttig werd ervaren. Een zeer interessant perspectief werd echter in deze studies niet onderzocht, namelijk de vergelijking van de redenen voor deelname aan een lotgenotengroep met de redenen om binnen de eigen sociale kring steun te zoeken. Vinden nabestaanden bijvoorbeeld het ervaringen delen in een lotgenotengroep belangrijk, omdat de eigen sociale kring hier geen of niet genoeg aandacht (meer) aan besteedt en de nabestaande daarom zijn behoefte aan hulp elders bevredigt? Of heeft de nabestaande juist goede ervaringen met zijn sociale omgeving en heeft dit hem of haar het vertrouwen gegeven om naar een lotgenotengroep te gaan? Met andere woorden: wat is de relatie tussen sociale steun en hulpbehoefte- en gebruik?

Om bovenstaande vragen te kunnen onderzoeken, moet de kwaliteit van de sociale steun worden bepaald. Er zijn in de niet-rouwspecifieke literatuur verschillende methoden beschreven om de mate van sociale steun vast te stellen. Sommige studies richtten zich op de door de nabestaande ‘ontvangen sociale steun’ (in dit onderzoek zal dit *received social support* worden genoemd, hierna RSS). Dit werd door Hobfoll, Nadler en Leiberman (1986) en Reif, Patton en Gold (1995) gedefinieerd als het precieze aantal *contactpersonen* dat ondersteuning geeft, terwijl Goodman, Sewell en Jampol (1994) en Van Sonderen (1993) dit definieerden als de hoeveelheid positieve sociale *contactmomenten* (in de zin van interacties) die mensen met hun sociale omgeving hebben. Andere studies (Hobfoll et al., 1986; Van Sonderen, 1993; Thoits, 1985) richtten zich juist op de ‘ervaren sociale steun’ (*perceived social support*, hierna PSS), waarin de waardering van de steun door de nabestaande centraal staat. Dit wordt gedefinieerd als de mate waarin de hoeveelheid positieve steun de behoefte van de respondent aan steun bevredigt. Er bestaan aanwijzingen voor een verschil tussen RSS en PSS. Zowel in het onderzoek van Van Sonderen (1993) als in een onderzoek van Phillips en Murrell (1994) kwam naar voren dat beide schalen significant van elkaar verschillen. Naast positieve interacties zijn ook de negatieve interacties (in de huidige studie aangeduid als *negative social support*, afgekort NSS) met de sociale steungevers van invloed op het welzijn: Negatieve interacties staan in verband met verminderd welzijn (Curran, Totenhagen



& Serido, 2009). Uit een review van Lincoln (2000) bleek dat positieve en negatieve interacties onafhankelijk van elkaar invloed hebben op het welzijn van de nabestaande.

De kwaliteit van de sociale steun, gemeten aan de hand van de drie bovengenoemde schalen, heeft volgens de literatuur een verband met hulpgebruik. Uit eerder onderzoek (Miville & Constantine; 2006, Phillips & Murrell, 1994) bleek dat mensen die gebruik maakten van professionele (geestelijke) gezondheidszorg over het algemeen minder sociale steun ervoeren (PSS). Maulik, Eaton en Bradshaw (2010) onderzochten het verband tussen sociale steun en hulpgebruik na een *major life event*. Zij vonden dat de kans dat iemand gebruik maakte van geestelijke gezondheidszorg met 40-60 procent daalde als die persoon meer sociale steun ervoer. Interessant is dat de groep hulpzoekers niet verschilde van de groep niet-hulpzoekers in de ontvangen sociale steun (RSS). Dit zou kunnen betekenen dat het niet zozeer van belang is hoeveel hulp men ervaart, maar meer of deze hulp daadwerkelijk voldoet aan de behoeften van nabestaanden. Dit komt tevens uit het onderzoek van Van Sonderen (1993) naar voren. Ook bij ervaringen met negatieve interacties speelt dit kwalitatieve aspect een belangrijke rol. Rauktis, Koeske en Tereshko (1995) toonden aan dat negatieve interacties het effect van depressie en stress versterkte. Op basis van de uit de literatuur blijkende samenhang van een tekort aan ervaren sociale steun met een hogere hulpbehoefte en –gebruik kan verwacht worden dat nabestaanden met meer negatieve interacties meer hulpbehoefte hebben en meer gebruikmaken van hulp.

De volgende subhypothesen worden gesteld:

*Hypothese 2a Ontvangen sociale steun (RSS) heeft geen samenhang met hulpbehoefte en hulpgebruik.*

*Hypothese 2b Ervaren sociale steun (PSS) heeft een negatieve samenhang met hulpbehoefte en hulpgebruik.*

*Hypothese 2c Negatieve sociale interacties (NSS) hebben een positieve samenhang met hulpgebruik en hulpbehoefte.*

Hoewel er, zoals beschreven, significante relaties zijn gevonden tussen sociale steun en hulpgebruik, blijft nog onverklaard waarom de ene persoon met weinig of veel sociale steun wel hulp zoekt en de andere niet. Een verklaring hiervoor is te vinden in verschillende soorten sociale steun die nabestaanden ontvangen. Jacobson (1986) beweerde enkele decennia geleden al dat het soort sociale steun aan moet sluiten bij het soort situatie om effect te kunnen hebben op iemands welzijn. In onderzoek naar soorten sociale steun wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen emotionele sociale steun en instrumentele sociale steun (Everard, Lach, Fisher, & Baum, 2000). Emotionele steun richt zich op de intieme band tussen mensen en instrumentele steun op praktische hulp (zoals het lenen van geld) (Cohen & Hoberman, 1983). Penning (1995) beschrijft in haar onderzoek naar sociale steun onder ouderen dat het

ontvangen van instrumentele steun positief samenhangt met een verhoogd gebruik van hulpinstanties, maar dat er over de relatie tussen emotionele steun en hulpgebruik geen eenduidige resultaten gevonden zijn. Omdat in het huidige onderzoek gekeken wordt naar de relatie tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik van psychische zorg (lotgenotengroepen, psychotherapeut) en niet van praktische zorg (hulp in de huishouding) zal er specifiek gekeken worden naar soorten emotionele steun. Meerdere onderzoekers (Declercq, Vanheule, Markey & Willemsen, 2007; Van Sonderen, 1991) maken een onderscheid tussen drie soorten emotionele steun: alledaagse emotionele ondersteuning, emotionele ondersteuning bij problemen en *social companionship* (elkaars gezelschap zoeken). Onder alledaagse emotionele ondersteuning kan het ontvangen van genegenheid en waardering verstaan. Emotionele ondersteuning bij problemen richt zich op het ontvangen van begeleiding in moeilijke situaties, hierbij valt te denken aan advies krijgen en getroost worden. Social companionship is het elkaars gezelschap zoeken en samen gezellige activiteiten ondernemen.

Interessant is om te kijken of verschillende soorten sociale steun een verschillende relatie hebben met hulpbehoefte en hulpgebruik. Zo kan er een aanzet worden gemaakt om de variatie in hulpbehoefte en –gebruik bij nabestaanden met lage of hoge sociale steun te verklaren. Wellicht voldoet sociale steun niet aan de specifieke eisen die iemand na een verlies aan zijn of haar omgeving stelt en is dit een reden om hulp buiten de deur te zoeken. Onderzoek naar dit onderwerp kan dus nuances brengen in het scala aan onderzoek naar sociale steun.

Er kan verwacht worden dat deze soorten emotionele sociale steun een verschillende relatie hebben met hulpbehoefte en –gebruik. Al et al. (2010) vonden dat het blijven praten over het verlies (emotionele steun bij problemen) voor nabestaanden een reden was om gebruik te maken van hulpinterventies, terwijl ze daar niet op zoek zijn naar vriendschap of nieuwe contacten (*social companionship*). Hoewel dit waardevolle informatie is, is in dit onderzoek niet gekeken naar de relatie met sociale steun. Dat nabestaanden bij interventies graag willen blijven praten over het verlies komt overeen met het doel van veel hulpinterventies, namelijk het verhelderen van problemen (De Keijser, 1997). Daarom kan verwacht worden dat, als nabestaanden een tekort ervaren aan emotionele steun bij problemen bij hun sociale omgeving, zij dit bij hulpinstanties zullen zoeken. Omdat hulpinterventies zich juist richten op steun bij problemen en niet (of minder) op *social companionship* en alledaagse steun, wordt verwacht dat deze soorten emotionele sociale steun niet (of minder) samenhangen met hulpbehoefte en –gebruik.

Ook in onderzoek naar soorten emotionele sociale steun wordt het onderscheid tussen ontvangen sociale steun (RSS) en ervaren sociale steun (PSS) gemaakt. Daarom kunnen de volgende subhypothesen worden opgesteld:

*Hypothese 2d Er is geen verband tussen ontvangen emotionele ondersteuning bij problemen, alledaagse emotionele ondersteuning en social companionship en hulpbehoefte en hulpgebruik.*

*Hypothese 2e Ervaren emotionele ondersteuning bij problemen draagt meer bij aan de relatie met hulpbehoefte en –gebruik dan alledaagse emotionele ondersteuning en social companionship.*

Naast het onderzoeken van de relatie tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik zal er in het huidige onderzoek ook gekeken worden naar welke redenen nabestaanden hebben om hulp te zoeken. De respondent wordt gevraagd of hij of zij deze hulp binnen en/of/noch buiten de sociale omgeving verwacht. Deze descriptieve analyses kleuren het padmodel als het ware in: niet alleen wordt duidelijk waar de nabestaande hulp zoekt (binnen of buiten de sociale omgeving), maar ook wat men van die hulp inhoudelijk verwacht. Verwachten nabestaanden van hun sociale steungroep dezelfde inhoudelijk hulp als van hulp daarbuiten, of hebben nabestaanden hier een verschillend beeld van?

#### *Rouwklachten, sociale steun en hulpbehoefte/hulpgebruik*

Naast de twee hypothesen over het verband tussen hulpbehoefte en –gebruik enerzijds en sociale steun en rouwklachten anderzijds wordt ook een interactie tussen deze laatste twee variabelen verwacht. Naar het modererende effect van sociale steun op de relatie tussen rouwklachten en hulpgebruik is nog geen onderzoek gedaan. Stroebe, Zech, Stroebe en Abakoumkin (2005) maakten een overzichtstudie van onderzoeken over de rol van sociale steun bij (rouw)klachten. Hieruit kwam een hoofdeffect van sociale steun op welzijn naar voren, dit hield in dat minder sociale steun gerelateerd was aan verminderd welzijn. Het onderzoek onthulde echter niets over hulpbehoefte of hulpgebruik.

Voor het bestaan van een interactie-effect is een plausibele verklaring mogelijk. Bij een hoog niveau van rouwklachten zijn het die klachten die een doorslaggevende rol spelen bij de behoefte aan en het gebruik van hulp, omdat men immers hulp zoekt met als doel deze klachten te verminderen. Het is mogelijk dat de sociale steungroep zich terugtrekt van nabestaanden met hoge klachten, maar dat hangt niet samen met de hulpbehoefte en het hulpgebruik van nabestaanden, deze nabestaanden zoeken immers al hulp voor hun klachten. De mate van sociale steun zal dus een ondergeschikte rol spelen. Bij een laag niveau van rouwklachten is het echter voorstelbaar dat juist de kwaliteit van de sociale steun die wordt geboden een doorslaggevende rol speelt bij de behoefte aan en het gebruik van hulp. Men gaat dan niet zozeer op zoek naar hulp voor rouwklachtverlichting, maar vanwege eenzaamheid of een gevoel van ongenoegen vanwege de gebrekkige sociale steun. Met andere woorden: wanneer een nabestaande met relatief lage rouwklachten zich niet gesteund

voelt door zijn omgeving, zal de omgeving een grote rol spelen bij zijn of haar hulpvraag. Wanneer een nabestaande echter met relatief hoge rouwklachten kampt, zal deze klachtenlast een grotere rol spelen bij de hulpbehoefte en het hulpgebruik dan de sociale steun.

De derde hypothese is daarom als volgt:

*Hypothese 3 Nabestaanden met lage rouwklachten en weinig sociale steun hebben meer hulpbehoefte en maken meer gebruik van hulp dan nabestaanden met lage rouwklachten en veel sociale steun. Nabestaanden met hoge rouwklachten en weinig sociale steun hebben evenveel hulpbehoefte en maken evenveel gebruik van hulp als nabestaanden met hoge rouwklachten en veel sociale steun.*

Om deze drie hypothesen te testen werd besloten om een online vragenlijst te ontwikkelen. In de volgende sectie zullen de belangrijke demografische gegevens, de procedure en de schalen van de vragenlijst aan bod komen.

## **Methode**

### *Respondenten*

Er namen 241 respondenten deel aan het onderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit 25 mannelijke en 137 vrouwelijke respondenten; van 79 respondenten kon de sekse door een technische fout in de online afname van de vragenlijst niet worden gecodeerd. De leeftijd varieerde van 19 tot 81 jaar met een gemiddelde van 47 jaar ( $SD = 12.1$ ). De verstreken tijd sinds het verlies van de dierbare varieerde van 1 tot 596 maanden ( $M = 80.42$ ,  $SD = 101.09$ ), dit is 0.08 tot 49.67 jaar ( $M = 6.70$ ,  $SD = 8.42$ ). 61.8 procent van de respondenten heeft de dierbare vijf jaar of minder geleden verloren. 93 procent van de respondenten waren van Nederlandse etniciteit, de overige 7 procent was voornamelijk van een westerse etniciteit.

45.2 procent van de respondenten zijn geworven via rouwgerelateerde websites, 42.3 procent is geworven via algemene (gezondheid)websites. De respondenten die via rouwgerelateerde websites geworven werden, hadden een significant grotere hulpbehoefte ( $M = 6.75$ ,  $SD = 5.78$ ) dan diegenen die via algemene (gezondheid)websites werden geworven ( $M = 4.90$ ,  $SD = 4.84$ )  $t(211) = -2.18$ ,  $p = .03$ . Ook op hulpgebruik scoorden ze verschillend. Participanten van rouwwebsites scoorden gemiddeld hoger ( $M = 2.84$ ,  $SD = 2.91$ ) dan participanten van algemene (gezondheid)websites ( $M = 2.04$ ,  $SD = 2.43$ ),  $t(211) = -2.18$ ,  $p = .03$ . Opvallend was dat een redelijk groot gedeelte van de respondenten (33.6 procent) een broer of zus heeft verloren. 27 procent had een ouder en 18.7 procent een echtgenoot of levenspartner verloren.

### *Procedure*

De data zijn verzameld middels een vragenlijst die zowel online als op papier beschikbaar was. In totaal zijn 237 vragen online ingevuld en 4 vragenlijsten op papier. De online vragenlijst is samengesteld en afgenomen met Netquestionnaires. Deze gegevens zijn geëxporteerd naar SPSS, versie 17.0, waarmee de gegevens zijn geanalyseerd. De vier schriftelijke vragenlijsten zijn handmatig ingevoerd in SPSS.

Respondenten zijn attent gemaakt op het onderzoek middels websites die gericht waren op rouw, gezondheid, uitvaart en fora die onder andere gericht zijn op gezondheid en psychologie. Een overzicht van deze websites is te vinden in Bijlage 1.

Aan de respondenten is meegedeeld dat zij deelnamen aan een onderzoek over behoeften van nabestaanden na het meemaken van een verlies. Daarnaast werd medegedeeld dat deelname eenmalig was en de anonimiteit van de respondenten werd gewaarborgd. Wel werd de mogelijkheid geboden voor respondenten om na het invullen van de vragenlijst contact op te nemen met de onderzoekers wanneer zij geïnteresseerd waren in de resultaten van het onderzoek.

### *Instrumenten*

*Rouwklachten (RVL):* De rouwklachten van de respondent zijn gemeten middels de RouwVragenLijst (RVL) van Boelen, De Keijser en Van den Bout (2001). De RVL is een vertaling van de *Inventory of Complicated Grief-revised* (ICG-r) van Prigerson, Kasl en Jacobs (1997) en bestaat uit 29 items, die naar de frequentie van rouwreacties vragen tijdens de afgelopen maand. Voorbeelden van items zijn: 'Ik kan nauwelijks geloven dat hij/zij dood is' en 'Ik voel me naar plaatsen en dingen toegetrokken die verband houden met hem/haar'. Door middel van een vijfpunt-Likertschaal gaf de respondent de frequentie van gedachten of gedrag aan van 0 ('nooit') tot 4 ('altijd'). Uitzondering is de laatste vraag 29b, die de respondent met ja of nee moet beantwoorden en niet wordt gescoord. De somscore van 28 items dient als indicatie van potentiële complicaties bij het rouwen van de respondent. Volgens Boelen et al. (2001) is er sprake van (zeer) hoge rouwklachten vanaf een score van 64 voor mannen en 66 voor vrouwen. Omdat van een derde van de onderzoekspopulatie het geslacht onbekend was, is ervoor gekozen om voor beide geslachten het cut-off point op 65 te leggen.

De Cronbachs  $\alpha$  van de Rouwvragenlijst is .96 en dus zeer betrouwbaar (Boelen et al., 2001). In de huidige studie werd een Cronbachs  $\alpha$  van .95 gevonden.

*Inhoud van hulp:* Om de inhoud van hulp te meten is er specifiek voor dit onderzoek een vragenlijst samengesteld. De items uit deze lijst zijn deels gebaseerd op het onderzoek van

Hopmeyer en Werk (1994). Respondenten konden bij 13 items over inhoud van hulp aangeven of zij deze hulp wilden en zo ja, van wie (alleen binnen de sociale omgeving, alleen buiten de sociale omgeving, bij beide of bij geen van beide). Hulp binnen de sociale omgeving is in deze vraag gedefinieerd als hulp van vrienden, familie, kennissen, collega's, burens enzovoort. Hulp buiten de sociale omgeving is gedefinieerd als de overige hulp zoals hulp van een hulpverlener. Voorbeelden van items zijn: 'Ik wil nieuwe vaardigheden leren om met het verlies om te gaan', 'Ik wil hoop krijgen op betere tijden' en 'Ik wil weten of ik gek aan het worden ben'.

*Hulpbehoefte en hulpgebruik:* Om de hulpbehoefte en het hulpgebruik te meten is voor dit onderzoek een vragenlijst samengesteld. Respondenten werden 18 hulpvormen gepresenteerd, die in eerder onderzoek (Al et al., 2010) als veelgenoemde hulpvormen naar voren kwamen. Per hulpvorm konden respondenten aangeven in hoeverre ze hier de afgelopen maand behoefte aan hebben gehad ('geen', 'een beetje', 'veel') en of ze de afgelopen maand van deze hulpvorm gebruik hebben gemaakt. Voorbeelden van items waren: 'online chatten met lotgenoten', 'individuele gesprekken met een psychotherapeut', 'huisarts (voor medicatie)' en 'gebedsgenezing'.

In het kader van de eerste hypothese werd de behoefte aan en het gebruik van alle primaire interventies per interventie categorie gemeten. Hiertoe werden de 17 gemeten hulpvormen ingedeeld in vijf categorieën: zelfhulp (items 1, 2 en 3), spirituele hulp (10 en 12 t/m 18), groepshulp (8, 11 en 12), individuele nonprofessionele hulp (4, 5 en 6) en medische hulp van een huisarts (9).

*Positieve sociale interacties:* De respondenten is gevraagd naar sociale steun middels een aangepaste versie van de Sociale Steun Lijst – Interacties (SSL-I) en de Sociale Steun Lijst – Discrepanties (SSL-D) van Van Sonderen (1993). De SSL-I meet de hoeveelheid van ontvangen steun in de afgelopen maand, waarbij de antwoordmogelijkheden 'zelden', 'af en toe', 'regelmatig' en 'erg vaak' zijn. De SSL-D meet in hoeverre de ontvangen steun tegemoet komt aan de behoefte aan ondersteuning, waarbij de antwoordmogelijkheden 'mis ik', 'mis ik niet echt', 'precies goed' en 'te vaak' zijn. Beide schalen hebben dezelfde 17 items. Ten opzichte van Van Sonderen (1993) zijn deze schalen enigszins aangepast. Ten eerste zijn er drie subschalen verwijderd: 'Waarderingssteun', 'Instrumentele steun' en 'Informatieve steun'. De eerste is verwijderd omdat deze niet direct paste bij de aard van dit onderzoek. De laatste twee zijn verwijderd omdat deze schalen in eerder onderzoek weinig betrouwbaar bleken (Van Sonderen, 1993). De overige subschalen werden in het kader van hypothese 2d en 2e verdeeld in: 'Alledaagse emotionele ondersteuning' (items 1, 4, 5, 13),

‘Emotionele ondersteuning bij problemen (2, 3, 7, 8, 10, 14, 15, 17) en social companionship (6, 9, 11, 12, 16). Ook is er een item aangepast: ‘Gezellig bij u op bezoek komt’ is, vanwege de aard van het onderzoek, veranderd in ‘Bij u op bezoek komt’. Tenslotte hebben de schalen een andere benaming gekregen: de aangepaste SSL-I-schaal wordt RSS (*received social support*) genoemd; de aangepaste SSL-D-schaal draagt de naam PSS (*perceived social support*).

De Cronbachs  $\alpha$  van de SSL-I varieerde in eerdere onderzoeken van Van Sonderen (1993) bij de verschillende subschalen tussen de .64 en .93. Hiermee is de betrouwbaarheid acceptabel tot zeer hoog. In het huidige onderzoek werd voor de RSS een Cronbachs  $\alpha$  van .90 gevonden. De Cronbachs  $\alpha$  van de SSL-D varieerde in eerdere onderzoeken van Van Sonderen (1993) bij de verschillende subschalen tussen de .62 en .96. Hiermee is de betrouwbaarheid acceptabel tot zeer betrouwbaar. In het huidige onderzoek werd voor de PSS een Cronbachs  $\alpha$  van .91 gevonden.

*Negatieve sociale interacties:* De negatieve sociale interacties werden gemeten middels de Sociale Steun Lijst Negatieve interacties (SSL-N) van Van Sonderen (1993). Met de SSL-N, bestaande uit 7 items, werd gemeten hoe vaak bij de respondent in de afgelopen maand sprake is geweest van negatieve interacties met de sociale omgeving. De antwoordmogelijkheden zijn ‘zelden’, ‘af en toe’, ‘regelmatig’ en ‘erg vaak’. In vergelijking met Van Sonderen (1993) zijn de items ‘U onrechtvaardig behandelt’, ‘Onredelijke eisen aan u stelt’ en ‘zich teveel met u bemoeit’ gewijzigd in ‘Tegen u zegt dat u zich niet moet aanstellen’, ‘U advies geeft waar u niets aan heeft’ en ‘Ongepaste opmerkingen tegen u maakt’. De aangepaste schaal draagt in het huidige onderzoek de naam NSS (*negative social support*).

De Cronbachs  $\alpha$  van de SSL-N varieerde met in eerdere onderzoeken van Van Sonderen (1993) van .69 tot .81. Hiermee was de betrouwbaarheid acceptabel tot zeer hoog. In het huidige onderzoek werd voor NSS een Cronbachs  $\alpha$  van .86 gevonden.

## **Resultaten**

### ***Verskil tussen participanten met hoge en lage rouwklachten***

De  $\chi^2$ -onafhankelijkheidstoets is gebruikt om het verschil in rouwklachten met betrekking tot de behoefte aan en het gebruik van verschillende vormen van hulp te onderzoeken (zie Tabel

1). De gegevens bevatten drie uitbijters<sup>2</sup> bij hulpgebruik die bij de analyses van hypothese 1 en hypothese 2 zijn verwijderd.

Zoals te zien is in Tabel 1 is de  $\chi^2$  voor zowel hulpbehoefte als hulpgebruik met betrekking tot de psychotherapeut significant. Dat betekent dat participanten met hoge rouwklachten vaker aangeven behoefte aan (2.59 keer) een psychotherapeut te hebben en er meer gebruik van maken (2.70 keer) dan participanten met lage rouwklachten. De hypothese dat participanten met hoge rouwklachten meer behoefte hebben aan en meer gebruik maken van een psychotherapeut is hiermee aangenomen. Opvallend is wel dat van de participanten met hoge rouwklachten maar 36.1 procent gebruik maakt van een psychotherapeut. Dit betekent dat 63.9 procent van de participanten met hoge rouwklachten, geen psychotherapeut bezoekt, terwijl zij er wel baat bij zouden hebben.

Daarnaast werd verwacht dat participanten met hoge rouwklachten minder behoefte zouden hebben aan en gebruik zouden maken van primaire interventies. De resultaten wijzen echter uit dat participanten met hoge rouwklachten meer behoefte aan zelfhulp (7.47 keer) en groepshulp (4.33 keer) hebben dan participanten met lage rouwklachten. Ook maken zij hier meer gebruik van (zelfhulp: 3.42 keer, groepshulp: 3.21 keer). Met betrekking tot de hulp van een huisarts hebben participanten met hoge rouwklachten alleen meer behoefte (6.33 keer) aan een huisarts, maar maken zij er niet meer gebruik van. Ook hebben zij meer behoefte

Tabel 1.

*Verskil tussen RVL-score (score >65) en hulpbehoefte en hulpgebruik, betreffende de verschillen in proportie, significantie ( $\chi^2$ ) bij  $df=1$ , en de odds ratio.*

	Hulpbehoefte				Hulpgebruik			
	N <sub>lageRVL</sub> =205; N <sub>hogeRVL</sub> =36				N <sub>lageRVL</sub> =202; N <sub>hogeRVL</sub> =36			
	%	%			%	%		
	lage	hoge		Odds	lage	hoge		Odds
	RVL	RVL	$\chi^2$	ratio	RVL	RVL	$\chi^2$	ratio
Psychotherapeut	35.1	58.3	6.96*	2.59	17.3	36.1	6.70*	2.70
Zelfhulp	51.7	88.9	17.29**	7.47	59.4	83.3	7.51*	3.42
Groepshulp	14.1	41.7	15.54**	4.33	9.4	25.0	7.16*	3.21
Individuele hulp	17.6	25.0	1.12	1.56	-	-	-.***	-
Spirituele hulp	35.1	41.7	.57	1.32	30.2	25.0	.398	.77
Medische hulp (huisarts)	7.3	33.3	20.84**	6.33	20.8	33.3	2.74	1.90

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$ , \*\*\* Assumptie voor  $\chi^2$ -test geschonden

<sup>2</sup> Deze participanten hadden een score van 18 op hulpgebruik. Dit zou inhouden dat deze participanten de maand voordat zij deelnamen aan het onderzoek van alle 18 hulpvormen gebruik zouden hebben gemaakt.



aan individuele nonprofessionele hulp (1.56 keer), maar over het gebruik van deze hulpcategorie kan geen uitspraak worden gedaan in verband met een assumptieschending. Bij de categorie spirituele hulp zijn er geen verschillen gevonden tussen participanten met hoge en lage rouwklachten.

### ***De samenhang tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik.***

Om de relatie tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik te onderzoeken werd Pearsons product-momentcorrelatiecoëfficiënt gemeten (zie Tabel 2). Verwacht werd dat ervaren sociale steun (PSS) een negatieve samenhang zou vertonen met hulpbehoefte en –gebruik. Negatieve interacties (NSS) zou juist een positief verband vertonen met hulpbehoefte en hulpgebruik. De ontvangen sociale steun (RSS) zou niet hiermee samenhangen.

### *Sociale steun en hulpbehoefte*

Zoals Tabel 2 laat zien, waren ervaren sociale steun<sup>3</sup> en negatieve sociale interacties<sup>4</sup> beide significant gecorreleerd met hulpbehoefte. Dit betekent dat hoe minder sociale steun voldeed aan de behoefte van de participant, hoe meer de participant behoefte had aan hulp. Ook betekent het dat hoe meer negatieve interacties men meemaakte, hoe meer behoefte men had aan hulp. Zoals verwacht werd er geen significante correlatie gevonden tussen ontvangen sociale steun en hulpbehoefte.

Tabel 2.

*Pearsons correlaties tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik (N = 238).*

Variabele	1	2	3	4	5
1. Hulpbehoefte	-				
2. Hulpgebruik	.37 **	-			
3. PSS	.25 **	.07	-		
4. RSS	.01	.07	-.64 **	-	
5. NSS	-.34 **	-.20 *	-.46 **	.14*	-
<i>M</i>	5.71	2.41	13.83	16.93	.10
<i>SD</i>	5.27	2.62	9.40	8.49	.03

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

<sup>3</sup> De scores van PSS waren omgecodeerd. Dit betekent dat een hogere score een groter gebrek aan sociale steun weergeeft.

<sup>4</sup> Aangezien de gegevens van NSS zeer positief hellend ( $1.56, SE = .157$ ) en een zeer positieve Kurtosis had ( $3.01, SE = .312$ ) werd besloten de data eerst te transformeren middels  $1/NSS$ . Hierdoor werd de helling acceptabel ( $-.05, SE = .157$ ) en de Kurtosis minder afwijkend ( $-.94, SE = .31$ ). Hierdoor zijn de waarden van NSS omgedraaid. Een negatieve samenhang betekent in feite een positieve samenhang.

### *Sociale steun en hulpgebruik*

Ervaren sociale steun (PSS) had, in tegenstelling tot wat verwacht werd, geen significante correlatie met hulpgebruik. Ook ontvangen sociale steun (RSS) was niet significant gerelateerd aan hulpgebruik. Negatieve sociale interacties (NSS) had een negatieve correlatie met hulpgebruik. Dit betekent dat hoe meer negatieve interacties men meemaakte, hoe meer behoefte men had aan hulp.

### *Soorten sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik*

Om te onderzoeken welke soort sociale steun de beste voorspeller was van hulpbehoefte en –gebruik werd een standaard multiële regressie uitgevoerd (zie Tabel 3). Verwacht werd dat met betrekking tot ontvangen sociale steun (RSS) geen van de soorten steun een unieke bijdrage zou leveren aan hulpbehoefte en –gebruik. Bij ervaren sociale steun (PSS) werd verwacht dat emotionele sociale steun bij problemen meer bij zou dragen aan zowel hulpbehoefte als –gebruik dan alledaagse emotionele steun en social companionship.

Tabel 3.

*Standaard multiële regressie tussen soorten sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik (N = 238).*

Soort steun	Hulpgebruik			Hulpbehoefte		
	$\beta$	$t$	$R^2$	$\beta$	$t$	$R^2$
PSS – Probleem	.09	.72		.13	1.15	
PSS – Alledaags	-.02	-.22		.09	.98	
PSS – Social companionship	.07	.77		.05	.50	
PSS Totaal			.02			.06*
RSS – Probleem	.17	1.93		.25*	2.97	
RSS – Alledaags	-.04	-.48		-.24*	-2.78	
RSS – Social companionship	-.02	-.25		.02	-.22	
RSS Totaal			.02			.05*

\* $p < .05$

### *Soorten steun en hulpgebruik*

Zoals verwacht leverde geen van de soorten ontvangen sociale steun (RSS) een unieke bijdrage aan hulpgebruik en verklaarden ze geen significante porties variantie in hulpgebruik. In tegenstelling tot wat verwacht werd, deed geen van de subschalen van ervaren sociale steun (PSS) dit ook niet. Dit betekent dat er geen relatie is tussen *ontvangen* en *ervaren*

emotionele steun bij problemen, alledaagse situaties en social companionship met betrekking tot hulpgebruik.

#### *Soorten sociale steun en hulpbehoefte*

Tegen de verwachting in leverde geen van de subschalen van ervaren sociale steun een unieke bijdrage aan hulpbehoefte, gezamenlijk verklaarden ze wel porties variantie in hulpbehoefte. Tevens leverden ontvangen emotionele sociale steun bij problemen en alledaagse emotionele steun wel een unieke (redelijk gelijke) bijdrage aan hulpbehoefte. Dit betekent dat ontvangen emotionele sociale steun bij problemen en alledaagse emotionele steun betere voorspellers zijn van hulpbehoefte dan social companionship. Opvallend is dat alledaagse steun een negatief verband met hulpbehoefte vertoont (meer alledaagse steun hangt samen met minder hulpbehoefte) terwijl steun bij problemen positief samenhangt met hulpbehoefte (meer steun bij problemen hangt samen met meer hulpbehoefte).

#### ***Hypothese 3 Interactie-effecten van sociale steun en rouwklachten met betrekking tot hulpbehoefte en -gebruik***

Om een interactie-effect te kunnen meten tussen rouwklachten en de soorten sociale steun met betrekking tot hulpbehoefte en -gebruik zijn er drie tweeweg-variantieanalyse (ANOVA) tussen groepen uitgevoerd (zie Tabel 4). Participanten werden op rouwklachten ingedeeld in twee groepen (Groep 1: score onder de 65, Groep 2: score van 65 of meer). Op elk van de drie sociale steunschalen werden participanten ook ingedeeld in twee groepen (Groep 1: score onder de mediaan, Groep 2: score boven de mediaan).

Tabel 4.

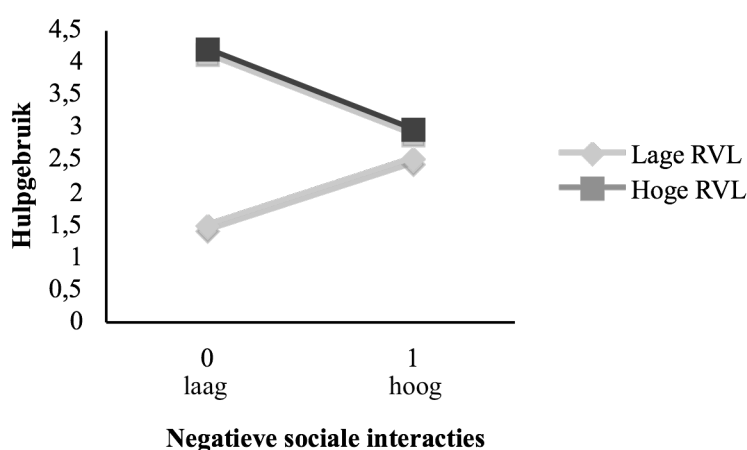
*Tweeweg-variantieanalyses van rouwklachten, de sociale steunschalen, hulpbehoefte (N=241) en hulpgebruik (N=238).*

Afhankelijke variabele	Onafhankelijke variabelen	<i>F-score</i>		
		Hoofdeffect SS	Hoofdeffect RVL	Interactie SS*RVL
Hulpbehoefte	RSS, RVL	.16	16.43**	.18
	PSS, RVL	2.21	13.61**	.71
	NSS, RVL	4.23*	13.82**	2.14
Hulpgebruik	RSS, RVL	4.23*	14.03**	1.63
	PSS, RVL	.09	12.8**	.56
	NSS, RVL	.08	18.0**	9.3*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$

Zoals te zien in Tabel 3 is er geen interactie-effect gevonden tussen rouwklachten en ontvangen sociale steun (RSS) met betrekking tot hulpbehoefte en hulpgebruik.

Tegen de verwachting in is ook er geen interactie-effect gevonden tussen rouwklachten en ervaren sociale steun (PSS) met betrekking tot hulpbehoefte en hulpgebruik. Weliswaar werd met betrekking tot de behoefte aan hulp geen interactie tussen negatieve sociale interacties (NSS) en rouwklachten gevonden, maar wel werd er een interactie-effect met betrekking tot het gebruik van hulp gevonden. In Figuur 2 is te zien dat participanten met lage rouwklachten en veel negatieve sociale interacties meer gebruik maken van hulp dan participanten met lage rouwklachten en weinig negatieve sociale interacties. Participanten met hoge rouwklachten en veel negatieve interacties maken merkwaardigwijze minder gebruik van hulp in vergelijking met participanten met hoge rouwklachten en weinig negatieve interacties. Dit betekent dat hypothese 3 alleen is aangenomen met betrekking tot ontvangen sociale steun en negatieve interacties.



*Figuur 2. Interactie tussen rouwklachten en negatieve sociale interacties met betrekking tot hulpbehoefte en -gebruik.*

#### *Descriptieve analyse: Hulp binnen en buiten de sociale omgeving*

Op itemniveau is gekeken welke hulp participanten vooral binnen of buiten hun sociale omgeving verwachtten. Ook is gekeken of participanten vooral binnen of vooral buiten hun sociale omgeving hulp wilden. Hiertoe is een t-toets uitgevoerd. Participanten scoorden significant hoger hulp binnen de sociale omgeving ( $M = 7.00, SD = 3.60$ ) dan op hulp buiten de sociale omgeving ( $M = 5.29, SD = 4.16$ ),  $t(240) = 7.41, p < .001$ . Dit betekent dat participanten meer hulp binnen hun sociale omgeving wilden dan daarbuiten.

In Tabel 4 en 5 staan de interacties die participanten het vaakst alleen binnen (Tabel 4) of alleen buiten (Tabel 5) hun sociale omgeving wilden. Opvallend is dat participanten

binnen de sociale omgeving meer bezig zijn met het vergelijken van zichzelf met anderen terwijl ze buiten de sociale omgeving eerder gericht lijken op de eigen wensen.

Tabel 4.

*Drie interacties die participanten het meest binnen hun sociale omgeving wilden.*

<b>Item</b>	<b>Participanten (%)</b>
Ik wil mijn ervaringen delen met een ander/anderen die iets vergelijkbaars heeft/hebben meegemaakt	53.3
Ik wil weten of anderen in soortgelijke situaties ook zo doen en denken als ik	48.5
Ik wil graag blijven praten over het verlies.	47.5

Tabel 5.

*Drie interacties die participanten het meest buiten hun sociale omgeving wilden.*

<b>Item</b>	<b>Participanten (%)</b>
Ik wil graag blijven praten over het verlies.	77.5
Ik wil steun en geruststelling krijgen.	71.8
Ik wil mensen om me heen aan wie ik het niet uit hoeft te leggen.	70.9

## **Conclusie en discussie**

Het huidige onderzoek richtte zich op de rol van sociale steun en rouwklachten bij hulpbehoefte en hulpgebruik. De hypothesen zullen nogmaals de revue passeren en de uitkomsten besproken worden.

### ***De koppeling tussen rouwklachten en hulpbehoefte en –gebruik***

Ten eerste is gekeken naar het verschil tussen nabestaanden met hoge en lage rouwklachten met betrekking tot hun behoefte aan en gebruik van primaire en tertiaire hulpinterventies om de vraag te beantwoorden of nabestaanden de juiste koppeling van klachtniveau en interventie kunnen maken, zoals De Keijser (1997) die beschreven heeft. Verwacht werd, dat nabestaanden met hoge rouwklachten meer behoefte zouden hebben en meer gebruik zouden maken van een tertiaire interventie dan nabestaanden met lage rouwklachten. Op basis van de resultaten kan dit bevestigd worden. Wanneer er echter niet naar het verschil tussen de

groepen gekeken wordt maar naar het percentage nabestaanden dat gebruik maken van een psychotherapeut, dan blijkt dat van de nabestaanden met hoge rouwklachten slechts 36.1 procent psychotherapeutische hulp ontvangt. Dit percentage is opvallend laag aangezien de resterende 63.9 procent waarschijnlijk wel baat zouden hebben bij deze hulp (Schut & Stroebe, 2005). De huidige situatie is wat dit betreft verre van de juiste koppeling zoals beschreven door De Keijser (1997).

Vervolgens is gekeken of nabestaanden met hoge klachten minder behoefte hebben aan en gebruik maken van primaire interventies dan nabestaanden met lage klachten, omdat deze interventies voor hen niet effectief zouden zijn. Met uitzondering van spirituele hulp en individuele nonprofessionele hulp blijken nabestaanden met hoge rouwklachten juist meer behoefte te hebben aan alle primaire hulpvormen dan nabestaanden met lage rouwklachten en maken zij ook meer gebruik van primaire hulpvormen (met uitzondering van spirituele hulp en huisartsbezoek). Het lijkt erop dat nabestaanden met hoge rouwklachten weinig kieskeurig zijn in hun keuze van interventies en de strategie “Baat het niet, dan schaadt het niet” hanteren. Spirituele hulp vormt hierop de uitzondering. Dit is niet verwonderlijk: hoewel sommige nabestaanden na een verlies opmerken spiritueler te zijn geworden (Bonanno et al., 2004), valt te verwachten dat dit nauw samenvalt met iemands voorgeschiedenis. De nabestaande was dan al actief was in een religieuze context, de behoefte aan en gebruikmaking van deze hulp wordt eenvoudigweg gecontinueerd en is niet afhankelijk is van de mate van rouwklachten. Ook maken nabestaanden met hoge rouwklachten niet meer gebruik van een huisarts. Wellicht staat de huisarts bekend als een arts die strikt voor lichamelijke problematiek te contacteren is. Daarnaast is deze hulp in geen opzicht rouwspecifiek.

Op basis van voorgaande resultaten is te concluderen dat hoewel nabestaanden met hoge rouwklachten meer gebruik maken van tertiaire interventies dan nabestaanden met lage rouwklachten, er nog steeds een groot gedeelte nabestaanden is die geen gebruik maken van een psychotherapeut en daarom onnodig veel lijdt. Daarnaast maken deze nabestaanden gebruik van interventies die voor hen niet effectief lijken te zijn. Het is daarom niet alleen voor de wetenschap zaak om heldere symptomatologie van pathologische rouw te ontwikkelen, maar ook voor de hulpverlening zaak om deze problematiek te gaan herkennen. Zo kunnen deze nabestaanden doorgestuurd worden en hoeven zijn niet langdurig met voor hen ineffectieve interventies bezig zijn.

### ***Sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik***

Naast de koppeling tussen rouwklachten en hulpbehoefte en –gebruik werd gekeken of er een samenhang was tussen sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik.

### *Positieve interacties*

Zoals verwacht en ook beschreven door Miville en Constantine (2006) en Phillips en Murrell (1994) werd er geen relatie gevonden tussen ontvangen sociale steun en hulpgebruik. In dit onderzoek is (logischerwijze) ook geen relatie gevonden met hulpbehoefte. Zoals verwacht werd er wel een relatie tussen ervaren sociale steun met hulpbehoefte gevonden. Dit gegeven benadrukt het verschil tussen RSS en PSS, zoals ook betoogd door Van Sonderen (1993): het is niet zozeer van belang hoeveel sociale steun men ontvangt, maar in hoeverre deze steun voldoet aan de behoefte van nabestaanden.

Opvallend was dat, hoewel een groter tekort aan ervaren sociale steun wel samenhang met meer *hulpbehoefte*, het niet samenhang met meer *hulpgebruik*. Dit is in tegenspraak met het onderzoek van Maulik, Eaton en Bradshaw (2010). Mogelijk is dit veroorzaakt door een verschil in analyse. In het huidige onderzoek lag de nadruk van de vragenlijst naar ervaren sociale steun op een ervaren *tekort*. Maulik et al. (2010) keken juist naar hoge sociale steunscores, welke gedefinieerd werden door scores hoger dan de mediaan. Deze discrepantie tussen hulpbehoefte en hulpgebruik bij ervaren sociale steun kan er ook op wijzen dat personen met veel sociale steun juist gestimuleerd worden door hun sociale steungroep om hulp te gaan zoeken. Personen met weinig sociale steun ontvangen deze stimulatie niet en zullen daardoor wel de behoefte voelen aan hulp, maar wellicht niet de stappen (durven) zetten.

### *Negatieve interacties*

Zoals verwacht werd gevonden dat een hogere mate aan negatieve interacties samenhang met een hogere mate aan hulpbehoefte. Een bekend probleem bij correlatieel onderzoek is echter, dat een eenduidige causaliteit niet is vast te stellen. Dit betekent dat het bij de samenhang tussen negatieve sociale interacties en hulpbehoefte onduidelijk is of negatieve sociale interacties ertoe leiden dat men meer behoefte heeft aan hulp, of dat juist het hulpbehoevend zijn ertoe leidt dat men meer negatieve sociale interacties heeft. Dit laatste zou betekenen, dat het hulpbehoevend zijn meer negatieve interacties uitlokt. Een andere verklaring zou kunnen zijn, dat mensen die veel behoefte hebben aan hulp, meer de neiging hebben om interacties negatief te interpreteren.

Daarnaast werd gevonden dat hoe meer negatieve interacties nabestaanden hadden, hoe meer zij gebruik maakten van diverse hulpinterventies. Ook hier is de richting van het verband niet eenduidig: zorgt het gebruik van hulp voor stigmatisering en daarmee voor negatieve interacties, of leiden negatieve interacties ertoe dat iemand besluit om hulp te gaan zoeken? Hoe de richting ook is, feit blijft dat dit een onderwerp is waar de hulpverlening mee aan de slag kan gaan. Het nabestaanden weerbaar maken tegen deze interacties hoeft niet het

aantal interacties te verminderen, maar kan er wel toe leiden dat nabestaanden er minder van te lijden hebben.

### *Soorten emotionele interacties*

Hoewel verwacht werd dat ervaren (PSS) emotionele steun bij problemen een betere voorspeller zou zijn van hulpbehoefte en –gebruik dan alledaagse steun en social companionship, bleek dit niet zo te zijn. Daarnaast droegen de drie subschalen gezamenlijk alleen significant bij aan hulpbehoefte en niet aan hulpgebruik. Een verklaring hiervoor is dat alledrie de vormen van emotionele sociale steun van belang zijn bij hulpbehoefte. In dat geval kunnen de verschillende soorten emotionele steun niet verklaren waarom er meerduidige relaties gevonden zijn bij emotionele steun zoals Penning (1995) beschreef. Opvallend was echter dat ontvangen (RSS) emotionele steun bij problemen en alledaagse steun wel uniek bijdroegen aan de variantie in hulpbehoefte en dat deze bijdragen tegengesteld aan elkaar waren. Dat betekent dat, ongeacht of men tevreden is over hulp, meer alledaagse steun samenhangt met minder hulpbehoefte en meer steun bij problemen samenhangt met meer hulpbehoefte. Aangezien dit slechts een correlationeel verband is, zou de relatie twee richtingen op kunnen gaan of via een derde factor kunnen lopen. Bij de eerste richting is het mogelijk dat het geliefd voelen door hun omgeving (alledaagse steun) een reden is om geen hulp te zoeken. Meer steun bij problemen zou ertoe kunnen leiden dat men het zat raakt om met het verlies geconfronteerd te worden en men op zoek wil naar mensen aan wie ze het verlies niet uit hoeven te leggen (Al et al., 2010). De tweede richting klinkt echter plausibeler. Mogelijk zijn er nabestaanden die graag over het verlies ('probleem') praten en doen zij dit ook met hun sociale omgeving. Hoewel de sociale omgeving wel veel steun geeft op dit gebied en de nabestaande daar tevreden over is, voelt men toch de behoefte om nog meer over het verlies te praten bij hulpinstanties. Wellicht juist omdat men de sociale omgeving daar niet mee wil belasten.

Ondanks dat niet teruggevonden is dat emotionele steun bij problemen een betere voorspeller is, is wel naar voren gekomen dat verschillende vormen van emotionele sociale steun op verschillende wijzen samenhangen met hulpbehoefte en –gebruik.

### ***Interactie-effecten tussen rouwklachten en sociale steun op hulpbehoefte en –gebruik***

Tenslotte werd verwacht dat nabestaanden met lage rouwklachten en weinig sociale steun meer hulpbehoefte en –gebruik vertoonden dan nabestaanden met lage rouwklachten en veel sociale steun. Dit interactie-effect is niet teruggevonden tussen ervaren sociale steun en rouwklachten met betrekking tot hulpbehoefte en –gebruik. Dit zou kunnen betekenen dat voor nabestaanden met weinig klachten het ervaren van een tekort aan sociale steun geen reden is om hulp te zoeken of daar behoefte aan te hebben.



Zoals verwacht is er wel een interactie-effect gevonden tussen rouwklachten en negatieve sociale interacties met betrekking tot hulpgebruik. Dit betekent dat bij nabestaanden met lage rouwklachten de groep met weinig negatieve sociale interacties minder hulp zoekt, dan de groep met veel negatieve sociale interacties. Bij de nabestaanden met hoge rouwklachten is juist te zien dat de groep met weinig negatieve interacties meer gebruik maken van hulp dan de groep met veel negatieve interacties. Het feit dat er slechts een interactie-effect gevonden is met betrekking tot hulpgebruik en niet tot hulpbehoefte is opvallend aangezien verwacht kan worden dat als nabestaanden gebruik maken van hulp, ze daar ook behoefte aan hebben. Wellicht wijst deze discrepantie op een richting van het verband: de nabestaanden met lage rouwklachten die gebruik maken van hulp krijgen als gevolg daarvan met meer negatieve interacties te maken, omdat de sociale omgeving de hulpbehoefte van de nabestaande niet wil erkennen (met andere woorden: de nabestaande stelt zich aan). Voor de nabestaanden met hoge rouwklachten zou dit betekenen dat als zij gebruik maken van hulp, zij door de sociale omgeving juist erkenning krijgen voor hun problematiek waardoor deze meer voorzichtig wordt.

#### *Beperkingen*

Een algemene beperking van dit onderzoek was dat het slechts een enkel meetmoment had. Hierdoor is het slechts mogelijk om correlaties tussen factoren in te zien, terwijl het voor dit onderwerp juist zo boeiend is om effecten te kunnen zien. Door longitudinaal onderzoek kan inzicht worden verschaft in de relatie tussen de sociale steungroep en het moment van hulpgebruik. Interessant is om te kijken of nabestaanden vanaf het moment dat een sociale steungroep zich terug begint te trekken behoefte krijgt aan meer hulp of meer gebruik gaat maken van hulp. Dit terugtrekken zou bijvoorbeeld kunnen geschieden na anderhalf tot twee jaar, waarna de sociale omgeving verwacht dat het rouwproces ten einde zou moeten zijn.

#### *Aanbevelingen*

Uit dit onderzoeksproces is een aantal aanbevelingen voortgekomen voor vervolgonderzoek. Ten eerste is het aanbevelenswaardig om niet alleen te kijken welke vormen van sociale steun bevorderlijk zijn voor nabestaanden, maar ook door welke personen dit gegeven wordt. Zo kan aan de vraag ‘Wat werkt voor wie?’ worden toegevoegd ‘Wat werkt *van* wie?’. Dit is al regelmatig onderzocht vanuit een niet-rouwspecifieke context. Zo onderzochten Miville en Constantine (2006) het hulpgebruik onder Mexicaanse studenten. Uit dit onderzoek bleek dat hoe minder sociale steun nabestaanden ervoeren van familie, hoe meer hulpgebruik zij vertoonden. Minder ervaren sociale steun van vrienden hing echter samen met minder hulpgebruik. Door te specificeren naar bepaalde nabestaanden is een veel genuanceerder beeld te krijgen van de invloed van sociale steun. Dit biedt ook perspectief voor

crosscultureel onderzoek naar verschillen in beïnvloeding van sociale steun en in belangrijkste beïnvloeders. Daarnaast zou de relatie tussen rouwklachten, sociale steun en hulpbehoefte en –gebruik bekeken kunnen worden vanuit het onderscheid tussen emotionele en sociale eenzaamheid. Aangezien de sociale steun wel sociale eenzaamheid kan reduceren, maar niet invloed heeft op emotionele eenzaamheid (W. Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996), is het boeiend om te kijken of een van deze soorten eenzaamheid hulpbehoefte of hulpgebruik beïnvloedt.

#### *Tot slot*

Deze studie heeft laten zien dat onderzoek naar de effectiviteit van interventies en symptomatologie van pathologische rouw alleen niet voldoende is. Van groot belang is dat deze effectiviteit (en niet-effectiviteit) en symptomatologie herkend wordt in de praktijk zodat de nabestaande een passende interventie weet te vinden. Wellicht dat een zelfstandige plaats van pathologische rouw in de DSM-5 verandering kan brengen in het gebruik van adequate diagnostische instrumenten en interventies in de hulpverlening. Voor nu is het zaak dat zowel wetenschap als praktijk zaak maken van herkenning (en erkenning) van pathologische vormen van rouw.

## Literatuur

- Al, A.J.H.A., Bommel, K, van, & Groot, L.R.B., de. (2010). *Ondersteuning bij verliesverwerking*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 5, 843-857.
- Boelen, P.A., Keijser, J., de, & Van den Bout, J. (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw Vragenlijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid*, 3, 172-185.
- Boelen, P.A., Van den Bout, J., Van den Hout, M.A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1657-1672.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., & Nesse, R.M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19, 260-271.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99–125.
- Curran, M., Totenhagen, C., & Serido, J. (2009). How resources (or lack thereof) influence advice seeking on psychological well-being and marital risk: Testing pathways of the lack of financial stability, support, and strain. *Journal of Adult Development*, 17, 44-56.
- Declercq, F., Vanheule, S., Markey, S., & Willemsen, J. (2007). Posttraumatic distress in securit guards and the various effects of social support. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1239-1246.
- Everard, K.M., Lach, H.W., Fisher, E.B., & Baum, M.C. (2000). Relationship of activity and social support of the functional health of older adults. *Journal of Gerontology*, 55, 208-212.
- Goodman, S.H., Sewell, D.R., & Jampol, R.C. (1984). On going to the counselor: contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 206-313.
- Hobfoll, S.E., Nadler, A., & Leiberman. J. (1986). Satisfaction with social support during crisis: intimacy, and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 296-304.
- Hopmeyer, E., & Werk, A. (1994). A comparative study of family bereavement groups. *Death Studies*, 18, 243-256.

- Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 250-264.
- Karelina, K., & Devries, A. C. (2011). Modeling social influences on human health. *Psychosomatic Medicine, 73*, 67-74.
- Keijser, de J. (1997). *Sociale steun en professionele begeleiding bij rouw*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Lehman, D., Ellard, J., & Wortman, C. (1986). Social support for the bereaved: recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 438-446.
- Lincoln, K., D. (2002). Social support, negative social interactions, and psychological well-being. *Social Service Review, 74*, 231-252.
- Mair, C. A. (2009). Social ties and depression: An intersectional examination of black and white community-dwelling older adults. *Journal of Applied Gerontology, 29*, 667-696.
- Maulik, P.K, Eaton, W. W., & Bradshaw, C.P. (2010). The effect of social networks and social support on mental health service use, following a life event, among the Baltimore epidemiologic catchment area cohort. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, Epub ahead of print.
- Miville, M.L., & Constantine, M. G. (2006). Sociocultural predictors of psychological attitudes and behavior among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 12*, 420-432.
- Penning, M. J. (1995). Health, social support and the utilization of health services among older adults. *Journal of Gerontology, 50*, 330-339.
- Prigerson, H.G, Kasl, S.V., & Jacobs, S.C. (1997). *The Inventory of Complicated Grief Revised*. Ongepubliceerd manuscript. In Boelen, P.A., de Keijser, J., & Van den Bout, J. (2001). Psychometrische eigenschappen van de Rouw Vragenlijst (RVL). *Gedrag & Gezondheid, 3*, 172-185.
- Prigerson, H.G., & Jacobs, S.C. (2001) Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale consensus criteria and preliminary empirical test. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.): *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 613-646). Washington: APA.
- Rauktis, M.E., Koeske, G.F., & Tereshko, O. (1995). Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *American Journal of Community Psychology, 23*, 279-299.
- Reif, L.V., Patton, M.J., & Gold, P.B. (1995). Bereavement, stress and social support in members of a self-help group. *Journal of Community Psychology, 23*, 292-306.

- Sarason I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 127-139.
- Schut, H.A.W., & Stroebe, M.S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*, 140-148.
- Schut, H.A.W., Stroebe, M., van den Bout, J., & de Keijser, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of grief counseling. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*, 63-72.
- Sonderen, E. van (1991). Het meten van sociale steun. In: Sonderen, E. van (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D), een handleiding*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Sonderen, E. van (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D), een handleiding*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Stroebe, W., Stroebe, M.S., Abakoumkin, G., & Schut, H.A.W. (1996). The role of social loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 1241-1249.
- Stroebe, W, Zech, E., Stroebe, M.S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*, 1030-1050.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, *13*, 187-202.
- Thoits, P.A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In: Sarason, I.G., & Sarason B.R (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 51-72), Boston: Martinus Nijhoff.
- Wortman, C., Silver, R. (2001). The myths of coping with loss revisited. In: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., & Schut, H.A.W. (Eds.): *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 405-429). Washington: APA.
- Zisook, S., & Schuchter, S.R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1346-1352.
- Zisook, S., Kendler, K.S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, *37*, 779-794.

## **Bijlage 1 Websites met oproep onderzoek**

Advertentie geplaatst op:

Rouwsites: Rouw.nl, crematorium.nl, uitvaartinformatie.nl, kubler-ross.nl,  
uitvaartinformatiehulp.nl, broederzielalleen.nl.

Uitvaartverzekeringen: Yarden

Algemene gezondheidswebsites: Gezondheidsnet.nl

Fora en prikborden op internet: Libelle, Fok!, Margriet