

Dank voor het downloaden van dit artikel. Dit artikel is gepubliceerd in tijdschrift *Gedragstherapie* volgens het Gold Open Access-model.

© 2026 De auteur(s). De auteur(s) behouden het auteursrecht op dit artikel.

Dit artikel wordt verspreid onder de voorwaarden van de Creative Commons Naamsvermelding-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationale licentie (CC BY-ND 4.0). Deze licentie staat toe dat het artikel vrij wordt gelezen, gedownload, gedeeld en verder verspreid, ook voor commerciële doeleinden, mits de oorspronkelijke auteur(s), titel, bron en publicatiegegevens correct worden vermeld en het artikel ongewijzigd wordt verspreid. Het maken en verspreiden van bewerkte versies, vertalingen of andere afgeleide werken is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).



Tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Koninklijke Boom Uitgevers in samenwerking met de Stichting voor Gedragstherapie.

# Boom

# Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG)

► ANNE KOSTELIJK, SOPHIE HENGST & GEERT SMID

**Samenvatting** Vluchtelingen en migranten ervaren frequent symptomen van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en persisterende-rouwstoornis (PRS). Behandelprotocollen richten zich vaak primair op PTSS, terwijl specifieke rouwinterventies onderbelicht blijven. Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG) biedt een gecombineerde benadering voor beide stoornissen. Deze studie evalueerde de haalbaarheid van NET-TG, waaronder de aanvaardbaarheid voor patiënten en de bruikbaarheid voor therapeuten. Patiënten met indicatie voor behandeling van PTSS en PRS werden uitgenodigd om deel te nemen. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met deelnemende patiënten (N = 15) en een focusgroep georganiseerd met therapeuten. De gegevens werden thematisch geanalyseerd met MAXQDA. Twaalf patiënten voltooiden NET-TG. De interviews met patiënten belichtten symptoomverandering, de rol van NET-TG-elementen, therapeutkenmerken en het steunsysteem. Focusgroepthema's omvatten protocolontwerp, inhoud, scholing en indicatiestelling. Volgens patiënten en therapeuten ondersteunen de resultaten de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG.

TREFWOORDEN — *traumatische rouw, PTSS, PRS, vluchtelingen, NET-TG*

## Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- NET-TG is een bruikbaar en begrijpelijk protocol voor mensen die meervoudig trauma en traumatische verliezen hebben meegemaakt.
- Het is van belang dat behandelaren geschoold zijn in de concepten PTSS, PRS en traumatische rouw, en in het toepassen van narratieve exposuretherapie (NET).
- Cultuursensitieve toepassing van rouwgerichte interventies wordt ondersteund door het NET-TG-protocol.

© Anne Kostelijk, Sophie Hengst & Geert Smid. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

## Inleiding

Migranten en vluchtelingen worden frequent geconfronteerd met ingrijpende traumatische gebeurtenissen, waaronder het verlies van dierbaren. Diverse studies tonen aan dat een aanzienlijk deel van deze populaties – variërend van 85% tot 92% – een of meerdere dierbaren heeft verloren (Comtesse & Rosner, 2019; Hengst et al., 2018). Deze ervaringen verhogen het risico op de ontwikkeling van psychische aandoeningen, waaronder post-traumatische-stressstoornis (PTSS), persisterende-rouwstoornis (PRS) en depressie (Djelantik, Smid et al., 2020; Lechner-Meichsner et al., 2024). Wanneer na een ingrijpend of traumatisch verlies aanhoudende symptomen optreden, wordt wel gesproken van traumatische rouw. Traumatische rouw is binnen de diagnostische kaders van de DSM-5-TR (APA, 2022) en de ICD-11 (WHO, 2022) te classificeren als PRS met comorbide (symptomen van) PTSS en/of depressie.

De prevalentie van psychopathologie wordt onder andere beïnvloed door de aard van het verlies. Meta-analyses rapporteren een prevalentie van PRS van 9,8% na verlies door natuurlijk overlijden (Lundorff et al., 2017), oplopend tot 49% bij nabestaanden die zijn blootgesteld aan traumatisch verlies, een term die wordt gebruikt voor dood door moord, suïcide, oorlog, terreur, rampen, ongevallen, misdaad en onbehandelde ziekte (Djelantik, Smid et al., 2020). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat deze meta-analyses gebaseerd zijn op studies waarin diagnoses primair zijn gesteld op basis van vragenlijsten, wat potentieel representatiebeperkingen met zich meebrengt, aangezien de resultaten van zelfrapportagevragenlijsten niet altijd overeenstemmen met klinische diagnostiek of een betrouwbare afspiegeling vormen van de specifieke doelgroep. Bij nabestaanden uit voormalige conflictgebieden, bij wie soms sprake is van meervoudig gewelddadig verlies, kan de prevalentie nog verder oplopen. Uit een review van 24 studies onder vluchtelingen en mensen uit voormalige conflictgebieden (Killikelly et al., 2018) bleek dat 31-76% aan de criteria voor PRS voldeed, waarbij het merendeel van de studies cultuursensitieve diagnostiek heeft toegepast, hetgeen belangrijk is, omdat culturele verschillen in rouwbeleving en symptoomexpressie de herkenning van PRS kunnen beïnvloeden. De prevalentie van PRS wordt verder beïnvloed door factoren als leeftijd en de aard van de relatie met de overledene (bijvoorbeeld partner of kind) (Buur et al., 2024; Djelantik et al., 2017; Lundorff et al., 2017), evenals de mogelijkheid tot betekenisgeving aan het verlies vanuit de socioculturele context. De culturele variatie in de betekenisgeving aan verlies is inherent verbonden met socioculturele tradities en spirituele of religieuze overtuigingen (Smid, 2020). Hierna worden daarvan enkele voorbeelden gepresenteerd.

### *Traumatisch verlies vraagt om meer dan PTSS-zorg*

**Behandeling van rouw en PTSS** Rouwreacties zijn variabel in duur en ernst, en worden beïnvloed door ervaren onwerkelijkheid van het verlies, betekenisgeving, (negatieve) cognities (waaronder catastrofale misinterpretaties) en vermijding. Psychologische interventies met cognitief-gedragsmatige, emotioneel ondersteunende en/of psycho-educatieve componenten zijn effectief gebleken in de behandeling van persisterende rouw (Boelen & Smid, 2017; Komischke-Konnerup et al., 2024; Srivastava et al., 2025). Bij traumatische rouw wordt in de behandeling vaak prioriteit gegeven aan traumagerichte boven rouwgerichte interventies (Smid et al., 2015). De mechanismen die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van traumatische rouw en PTSS zijn echter deels verschillend en behoeven dus ook een andere aanpak. Behandeling van rouw heeft als doel het verlies te integreren in de levensgeschiedenis van het individu, vaak door middel van traumatische rouwgerichte exposure en ondersteuning van betekenisgeving, waarbij de realiteit of onomkeerbaarheid van de separatie met de dierbare wordt geaccepteerd en emotionele pijn wordt toegelaten (Boelen & Smid, 2017).

Cognitief-gedragsmatige behandelprotocollen (Komischke-Konnerup et al., 2024) zijn niet specifiek ontwikkeld voor rouw in de context van traumatisch verlies of verlies in de context van migratie. Beknopte eclecticische psychotherapie voor persisterende en traumatische rouw (BEPP-TG) (Hengst & Smid, 2023; Smid et al., 2015, 2023) is ontwikkeld voor, en onderzocht binnen, een dagklinische setting voor mensen met en zonder migratieachtergrond, en vluchtelingen. BEPP-TG toonde klinische significante effecten op symptomen van zowel PRS als PTSS, met de kanttekening dat de diverse elementen binnen de dagbehandeling niet afzonderlijk zijn onderzocht (de Heus et al., 2017; Djelantik, Robinaugh et al., 2020). Dit protocol kent echter beperkingen in gevallen van meervoudige verliezen (Gersons et al., 2020; Smid et al., 2015), omdat in BEPP wordt uitgegaan van een focus op één kerntrauma.

PTSS bij migranten en vluchtelingen vraagt tevens een cultuursensitieve benadering. Narratieve exposuretherapie (NET) is een effectieve behandelmethode gebleken, die veel is toegepast bij vluchtelingen, asielzoekers en individuen die meerdere traumatische ervaringen hebben meegemaakt (Nosè et al., 2017; Schauer et al., 2011). NET is opgenomen in de zorgstandaard voor psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen (Akwa GGZ, 2020) en in de multidisciplinaire richtlijn PTSS (NVvP, 2025). Meta-analyses en systematische reviews bevestigen de effectiviteit van NET bij het verminderen van PTSS-symptomen (Lely et al., 2019; Raghuraman et al., 2021; Siehl et al., 2021; Wei & Chen, 2021). Binnen NET ligt de aandacht op

### *Culturele betekenisgeving beïnvloedt rouw*

het verwerken van de traumatische ervaringen en het plaatsen ervan in de context van het levensverhaal. Cultuursensitieve diagnostiek, behandeling en afstemming van het hulpaanbod op de hulpvraag (*treatment negotiation*) worden ondersteund door het culturele interview (Cultural Formulation interview; CFI) en de daarbij behorende aanvullende modules (Lewis-Fernández et al., 2020).

**Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG)** Een combinatie van behandelinterventies voor PTSS en traumatische rouw wordt beschreven als Narratieve Exposure Therapie voor Traumatische Rouw (NET-TG) (Smid et al., 2021). NET wordt daarbij aangevuld met diverse rouwgerichte interventies, zoals symbolische interacties met de overledene en een ritueel, waarbij expliciete aandacht is voor de culturele context. Hierbij kan worden gebruikgemaakt van een aanvullende module bij het CFI: de culturele evaluatie van verlies en rouw (Bereavement and Grief Cultural Formulation Interview, BG-CFI; Smid et al., 2019; Killikelly et al., 2025). Uit een exploratief onderzoek onder 15 vluchtelingen die na het doormaken van meerdere verliezen en trauma's werden behandeld met NET-TG bleek dat bij de meeste patiënten de klachten van PRS, PTSS en depressie klinisch significant afnamen (Kostelijk et al., in voorbereiding). Het benodigde aantal NET-TG-sessies varieert naargelang de hoeveelheid doorgemaakte trauma's en verliezen van dierbaren; aangezien NET-TG een uitbreiding betreft van NET, waarvoor vaak 10 sessies nodig zijn (Schauer et al., 2011), kan worden uitgegaan van 12-20 sessies.

**Stapsgewijze beschrijving van NET-TG** NET-TG (Smid et al., 2021) kent de volgende onderdelen:

- 1 *Psycho-educatie*. De therapie start met algemene psycho-educatie over rouw, met aandacht voor de culturele context van de patiënt en het feit dat vermijding rouwgevoelens in stand houdt. Het doel is patiënten helpen de realiteit van verlies te accepteren door hun emoties toe te laten. Een naaste kan hierbij aanwezig zijn.
- 2 *Levenslijn*. Net als in de reguliere NET-behandeling construeert de patiënt een levenslijn met symbolen voor positieve gebeurtenissen (bloemen) en traumatische gebeurtenissen (stenen). Specifiek voor NET-TG kunnen kaarsen of andere cultuurspecifieke symbolische objecten bij de stenen geplaatst worden die het verlies van dierbaren representeren, om de aandacht te richten op de connectie tussen de traumatische gebeurtenissen en het verlies.
- 3 *Narratieve exposure*. De patiënt vertelt chronologisch de gebeurtenissen op de levenslijn, beginnend vanaf de geboorte. Bij het bereiken van een moment van verlies wordt deze sessie en – afhankelijk van de mate van preoccupatie – tot maximaal vier volgende sessies gewijd aan dit specifieke verlies.
- 4 *Narratieve exposure bij traumatisch verlies*. De focus ligt op het gedetailleerd herbeleven van de gebeurtenissen rondom het overlijden, inclusief zintuiglijke waarnemingen, gedachten, gevoelens en acties. Vragen richten zich op het 'wat', 'wanneer' en 'hoe' van het verlies, inclusief de uitvaart/het afscheid.
- 5 *Rouwgerichte exposure*. Hierbij wordt de relatie met de overledene uitgediept door vragen te stellen over diens persoonlijkheid, gedeelde activiteiten en wat de patiënt het meest mist. Ruimte voor emoties is essentieel.

- 6 *Ondersteuning van betekenisgeving.* Deze fase omvat cultuursensitieve symbolische interacties met de overledene, zoals het schrijven van een doorlopende brief waarin onuitgesproken gevoelens en gemis worden verwoord. Bij schuldgevoelens kan een imaginair gesprek met de overledene worden gevoerd, waarbij de therapeut de patiënt helpt te kijken door de ogen van de dierbare, wat kan leiden tot vergeving en een gevoel van afscheid nemen. Daarnaast worden cultuurspecifieke rituelen ter ere van de overledene besproken aan de hand van het BG-CFI en indien gewenst uitgevoerd. Een illustratief voorbeeld hiervan is de facilitering van een symbolische gedenkplek, ter compensatie van het gebrek aan toegang tot de fysieke laatste rustplaats van de dierbare bij veel vluchtelingen en migranten.
- 7 *Voortzetting van narratieve exposure.* Na afronding van de traumatische verliesverwerking wordt de NET hervat, waarbij de patiënt de gebeurtenissen na het verlies tot het heden chronologisch vertelt.
- 8 *Laatste sessie.* In de laatste sessie wordt het getuigenisdocument voorgelezen en overhandigd aan de patiënt. Eventueel uitgevoerde of nog te plannen rituelen worden besproken.

## Methode

Deze studie richt zich op de aanvaardbaarheid van NET-TG voor patiënten, en op de haalbaarheid en bruikbaarheid ervan voor therapeuten.

**Onderzoeksdesign, deelnemende patiënten en setting** De studie hanteert een kwalitatief onderzoeksdesign, bestaande uit interviews met deelnemende patiënten en een focusgroep met therapeuten. Patiënten werden geselecteerd bij ARQ Centrum<sup>45</sup>, een expertisecentrum op het gebied van psychotrauma. Individuen die in aanmerking kwamen voor behandeling bij ARQ Centrum<sup>45</sup> en bij wie zowel een PTSS als gevolg van meervoudig trauma als een PRS was vastgesteld, kwamen in aanmerking voor deze studie. Van de 21 personen die aan de inclusiecriteria voldeden en startten met NET-TG-behandeling stemden 15 in met deelname aan het onderzoek. De overige zes potentiële deelnemers zagen af van deelname aan het onderzoek, omdat zij geen vragenlijsten wilden invullen en/of niet wilden deelnemen aan een interview. Gedurende het behandeltraject trokken drie van de 15 deelnemende patiënten zich terug, primair vanwege de aanwezigheid van comorbide psychiatrische aandoeningen, zoals verslaving. De resterende 12 patiënten hebben de behandeling volledig afgerond. De studie liep van januari 2022 tot en met januari 2025. Binnen de totale groep patiënten ontvingen negen personen uitsluitend NET-TG. De overige zes patiënten namen deel aan een dagbehandelingsprogramma, waarbij NET-TG werd gecombineerd met aanvullende therapieën.

**Procedure** De NET-TG-sessies vonden wekelijks plaats en hadden een gemiddelde duur van 75 minuten. Het NET-TG-programma werd uitgevoerd door psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten, allen getraind in de behandeling van PTSS en traumatische rouw. De therapeuten spraken Nederlands; waar nodig werden tolkdiensten ingezet ter ondersteuning van de behandeling. Regelmatige supervisie over het therapieproces werd verzorgd door een psychiater of klinisch psycholoog, gespecialiseerd in traumatische rouw. Leden van het behandelteam waren bekend met het gebruik van het BG-CFI ter ondersteuning van cultuursensitieve toepassing van rouwgerichte interventies. Hun ervaringen bij het gebruik van het BG-CFI zijn eerder gerapporteerd (Smid et al., 2025).

Aan het einde van de NET-TG-behandeling werden patiënten geïnterviewd om hun reflecties op de behandelervaring te verzamelen. Na afloop van de behandeling namen zeven therapeuten deel aan een focusgroep om het NET-TG-protocol te evalueren en van feedback te voorzien. Behandelgerelateerde gegevens, zoals ‘no-shows’ en de keren dat er werd afgeweken van het protocol, werden systematisch vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Sociodemografische informatie werd eveneens uit de patiëntendossiers geëxtraheerd. Voorafgaand aan deelname gaven alle deelnemers – na mondelinge en schriftelijke uitleg over het onderzoek – schriftelijk toestemming voor het geanonimiseerde gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden en voor audio-opname van het interview na afloop van de behandeling. De ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht stelde vast dat het onderzoek minimale belasting voor de deelnemers met zich meebracht en onthief het daarom van formele medisch-ethische beoordeling (METC NedMec, dossiernummer 21/843).

### **Dataverwerving**

*Interviews met deelnemende patiënten* — Door de onderzoeker werden semigestructureerde interviews afgenomen bij zowel patiënten die de behandeling voltooiden als patiënten die de studie voortijdig verlieten. De interviewvragen zijn door de onderzoekers opgesteld om de aanvaardbaarheid van NET-TG vanuit het perspectief van de patiënten te belichten. De interviews omvatten de volgende vragen:

- ▶ Was het u duidelijk hoe de behandeling u kon helpen?
- ▶ Hoe ervoer u de behandeling in relatie tot uw klachten?
- ▶ Hoe zagen de mensen om u heen de behandeling?
- ▶ In hoeverre paste de behandeling bij u?
- ▶ Welke aspecten van de behandeling waren meer behulpzaam en welke minder behulpzaam?
- ▶ Wat is uw algemene ervaring met de behandeling?

*Focusgroep met therapeuten* — De haalbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG werden onderzocht middels een focusgroep met betrokken thera-

peuten. De therapeuten hadden geen belangen bij de uitkomsten van het onderzoek. Deze sessie was gestructureerd rondom drie belangrijke thema's:

- 1 *Bruikbaarheid van het protocol.* Hierbij werd onder andere besproken of het protocol voldoende leidraad bood en hoe gemakkelijk het kon worden toegepast in de praktijk.
- 2 *Afstemming tussen het protocol en de behoeften van de patiënt.* Vragen die hier aan bod kwamen, waren onder meer hoe goed het protocol volgens de therapeuten aansloot bij wat de patiënt en diens omgeving noodzakelijk achtten voor verandering.
- 3 *Algehele ervaring met het NET-TG-protocol.* Dit thema bood ruimte voor bredere reflectie op de toepassing van en ervaring met het protocol vanuit het perspectief van de therapeuten.

**Analyse** Voor de analyse van de kwalitatieve gegevens, bestaande uit de semigestructureerde interviews met patiënten en de focusgroep met therapeuten, werd gebruikgemaakt van MAXQDA (VERBI) software. De data-analyse werd uitgevoerd volgens een inductieve, thematische analysemethode (Braun & Clarke, 2006). Wat betreft de thematische analyse is ervoor gekozen om patronen in de geleefde ervaring van deelnemende patiënten tijdens de NET-TG-behandeling te beschrijven, evenals ervaringen van therapeuten tijdens het toepassen van de therapie. Na het doorlezen van de getranscribeerde interviews werden relevante tekstfragmenten met betrekking tot het onderzoeksdoel door auteur AK initieel gecodeerd. Vervolgens werden initiële thema's gezocht door codes samen te voegen, waarbij overlap en redundantie werden weggenomen. Om de betrouwbaarheid en consistentie van de codering te waarborgen, zijn de thema's vervolgens door de auteurs AK en GS verder ontwikkeld. Verdere verfijning en naamgeving leidden tot consensus tussen de onderzoekers over de definitieve thema's.

## Resultaten

**Kenmerken van de deelnemende patiënten** Tabel 1 biedt een overzicht van de demografische en klinische kenmerken van alle 15 deelnemers. De landen van herkomst van de deelnemers omvatten vele geografische gebieden, te weten: Sri Lanka, Rwanda, Zuid-Soedan, Oeganda, Polen, Eritrea, Irak, Iran, Bosnië, Suriname, Sierra Leone en Syrië.

**Tabel 1** Demografische gegevens, en kenmerken van verlies en traumatische gebeurtenissen bij de start van de behandeling

	M	(SD)	n	(%)
Leeftijd	41,1	(10,3)		
Gender				
Man			6	(60,0)
Vrouw			9	(40,0)
Verblijfsstatus				
Vaste verblijfsstatus			13	(87,0)
Asielzoeker			2	(13,0)
Aantal traumatische ervaringen	8,8	(3,1)		
Aantal verliezen	4,7	(2,1)		
Aantal gewelddadige verliezen	2,7	(3,0)		
	<b>Niet-gewelddadig verlies</b>		<b>Gewelddadig verlies</b>	
Relatie tot dierbare(n)	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Partner	2	(2,9)	0	(0,0)
Kind	1	(1,4)	1	(2,4)
Ouder	20	(28,6)	9	(22,0)
Broer/zus	13	(18,6)	5	(12,2)
Vriend	23	(32,9)	19	(46,3)
Anders	11	(15,8)	7	(17,1)

*Noot.* N = 15.

**Gegevens met betrekking tot behandeling** Tabel 2 geeft een gedetailleerd overzicht van de gegevens met betrekking tot behandeling. Het merendeel van de 15 patiënten ( $n = 12$ ; 80%) heeft de NET-TG volledig doorlopen. Binnen de groep van 12 patiënten die de behandeling voltooiden, bedroeg de gemiddelde behandelduur 19,6 sessies (SD = 8,0). Negen van deze patiënten hebben meer dan 16 NET-TG-sessies gehad. De therapietrouw aan het NET-TG-protocol werd als adequaat beschouwd.

**Tabel 2** *Behandelkenmerken*

	Behandeling voltooid (n = 12)				Uitvallers (n = 3)			
	M	(SD)	N	(%)	M	(SD)	N	(%)
Setting								
Dagbehandeling			3	(20)			3	(100)
Polikliniek			9	(75)			0	(0)
No-show	2,6	(2,5)			2,3	(2,1)		
NET-TG-sessies	19,6	(8,0)			10,0	(6,9)		
Afwijking protocol*	1,8	(1,7)			2,0	(2,6)		
Tolk**			3	(25)			0	(0)

Noten. N = 15.

\* Aantal sessies waarin werd afgeweken van het protocol;

\*\* Patiënten die gebruikmaakten van een tolk (tijdens de gehele behandeling).

**Evaluatie vanuit het perspectief van deelnemende patiënten** Deze studie heeft de ervaringen van patiënten ( $n = 13$ , namelijk 11 patiënten die de behandeling voltooiden en 2 uitvallers) met betrekking tot NET-TG onderzocht middels semigestructureerde interviews.

Een eerste thema betrof *klachtverandering* gedurende de NET-TG. Patiënten rapporteerden consistent de impact van NET-TG op hun emotionele toestand. De meeste deelnemers beschreven aan het begin van de behandeling een toename van symptomen als slaapproblemen, lichamelijke klachten, boosheid, alcoholgebruik en angstklachten. Gedurende de behandeling was er sprake van een vermindering van klachten, zoals minder zweten, minder piekeren, verbetering van slaap en toename van controle/kracht/focus; verder kon men beter praten over moeilijk thema's en werd er vaker een gevoel van innerlijke rust ervaren. Dit werd door een van de patiënten als volgt verwoord:

### *Patiënten ervaren NET-TG als zwaar maar helend*

..... 'In het begin waren mijn klachten toegenomen en na een tijdje ging het een beetje met pieken en dalen. De laatste periode kwamen de klachten minder terug. Ik heb meer focus, en dat is nog niet eerder gebeurd na het trauma.'

Veel patiënten omschreven NET-TG als emotioneel belastend, maar uiteindelijk heilzaam. Een van de patiënten illustreerde dit met de volgende woorden:

‘In het begin was me niet duidelijk hoe de behandeling me kon helpen, helemaal niet. Na een paar maanden besepte ik dat het nuttig was. Vooral het narratief, de rouw. Ik moest veel huilen, ik had geen zin om over al deze dingen te praten. Maar ik zette door. Ik bleef tegen mezelf zeggen: ik ben hiermee begonnen en ik moet het afmaken. Zelfs als ik geen resultaten zie. Meestal werd ik ook boos op mijn therapeut als ze me vragen stelde die me irriteerden, en ik vroeg haar: “Waarom stel je me dit soort vragen? Met het verhaal dat ik je geef, zie ik de relevantie niet.” Dus ik bleef doorgaan en na een paar maanden zag ik de veranderingen.’

Een tweede thema was *elementen van de NET-TG*. Het (gedetailleerd) delen van het levensverhaal (de levenslijn) werd door meerderen als een belangrijk en helpend element van de behandeling omschreven, waarbij benoemd werd dat dit delen inzicht en overzicht verschafte in de verbanden tussen het verleden en het heden. Zoals een deelnemer verwoordde: ‘De levenslijn leggen, van geboorte tot nu. We bespraken het leven. Dat was een heel belangrijk moment.’

Een ander verwoordde het als volgt: ‘Het werd een levensverhaal, het begon een lijn te worden. En die lijn heb ik wel in die behandeling een beetje kunnen zien, hopelijk houd ik er ook aan vast zo.’

Aan de andere kant werd het leggen van de levenslijn door een van de patiënten als te confronterend ervaren, waardoor ze stopte met de therapie: ‘Na deze sessie wilde ik niet meer terugkomen en stoppen met therapie.’

Naast de levenslijn waren specifieke rouwinterventies, narratieve en rouwgerichte exposure voor sommige patiënten een belangrijke component van de therapie:

‘Elk deel was belangrijk voor mij of heeft wel een rol gespeeld, maar misschien wel het belangrijkste was het praten. Het praten helpt, heeft meer invloed op mij. En die foto’s, die waren het moeilijkst voor mij om naar te kijken.’

‘Alles was voor mij donker. Weet je, ik zag geen licht meer, geen toekomst meer ... zij [de therapeut] heeft mij vervolgens geconfronteerd met mijn pijn, eigenlijk ... Door heel tactisch aan me te vragen: kan je volgende week een liedje draaien? En dat deed ze dan heel tactisch.’

Het derde thema ging over *therapeutkenmerken*. Met name vertrouwen en waargenomen professionaliteit, evenals een open houding, een luisterend oor en de verdraagzaamheid van de behandelaar bleken cruciaal.

‘Ze luisterde goed en ze stelde me goede vragen. Ze liet me stilstaan, gewoon om te voelen en na te denken over waar we het over hebben, en daarna gingen we weer verder.’

[Mijn therapeut] was heel aardig en beleefd. Ze was goed in haar werk, en dat maakte het makkelijker voor mij, want ik heb geen andere mensen.'

Het vierde thema betrof het *steunsysteem*. Beperkte sociale steun, vaak gerelateerd aan een vluchtelingenachtergrond, werd door zes patiënten benoemd in reactie op de vraag hoe de sociale omgeving de behandeling van patiënt heeft ervaren. De twee patiënten die goede sociale steun hadden, gaven beiden aan dat zij hun ervaringen in therapie en bijkomende emoties niet met hun omgeving bespraken. Daarentegen gaven vijf patiënten aan feedback te ontvangen van hun sociale omgeving over positieve veranderingen. Een van patiënten zei:

'Ze zeiden dat ik sommige dingen een jaar geleden niet gedaan zou hebben. Het zijn van die dingen of details dat ik denk: oh, dat klopt inderdaad. Ik durfde bijna nooit dingen te plannen met hen, omdat ik dan angst had, en ineens zaten we bij elkaar en ik dacht: oh ja, dan gaan we de zomervakantie plannen ... Ze zeggen dat ik veel veranderd ben.'

Eén deelnemer vertelt dat hij van zijn omgeving te horen kreeg dat hij verslechterde en vaker boos en verdrietig was: 'Mijn zoon zei dat ik sneller boos word, door de behandeling.'

**Evaluatie vanuit therapeutperspectief** Van de 11 deelnemende therapeuten namen zeven deel aan de focusgroep. Een eerste thema betrof het oordeel van therapeuten over het *protocolontwerp*, het aantal en de structuur van de sessies. Hoewel sommige therapeuten 16 sessies meestal te weinig vonden, achtten anderen dat aantal doorgaans voldoende, met een algemene consensus dat de benodigde behandelduur afhangt van het aantal trauma's, traumatische verliezen en actuele acute psychosociale gebeurtenissen. De structuur van het protocol, met name de levenslijn, faciliteerde de herkenning van vermijding en zorgde ervoor dat alle belangrijke aspecten van het leven van een deelnemer werden behandeld.

Een tweede thema betrof de ervaringen van therapeuten met de *inhoud van het protocol*. De discussie richtte zich op de selectie en timing van rouwrituelen tijdens de therapie. Het ontbreken van expliciete richtlijnen in het protocol voor de selectie van rituelen (bijvoorbeeld voor schuldgevoelens) leidde tot enige onzekerheid bij therapeuten. Gesuggereerd werd om het

### *Rituelen verbinden behandeling met cultuur*

NET-TG-protocol aan te vullen met een matrix die specifieke klachtpresentaties (bijvoorbeeld als iemand moeite heeft om emoties toe te laten of bij sterke schuldgevoelens) en bijpassende interventies weergeeft. Wat betreft de timing integreerden sommige therapeuten rituelen tijdens specifieke rouwsessies, terwijl anderen ze gebruikten als een afsluitende interventie (bijvoorbeeld het schrijven van een brief). Een therapeut merkte op:

‘Een van mijn patiënten verloor zijn hele familie. Hij kon goed aangeven aan wie hij wel of geen brief wilde schrijven. Hij schreef een brief aan zijn ouders, niet aan zijn zussen en broers. Ik bewaarde het afscheidsritueel tot het einde van de therapie. Het voelt natuurlijker om dat zo te doen.’

Een derde thema was het belang van de *competentie* van de therapeut. Het begrijpen van het onderscheid tussen enerzijds normale rouw en anderzijds PRS of traumatische rouw is essentieel, aangezien deze verschillende rouwpatronen een gespecialiseerde therapeutische aanpak vereisen en een nauwkeurige klinische inschatting noodzakelijk maken. Er was consensus dat louter het lezen van het NET-TG-protocol onvoldoende is om het te kunnen uitvoeren, gezien de complexiteit van de populatie en de concepten van (traumatische) rouw en PTSS.

Een vierde thema was de *indicatiestelling voor NET-TG*. Therapeuten benadrukten het belang van een goede casusconceptualisatie en het begrijpen van de etiologie van persisterende problemen, en van het differentiëren tussen normale rouw, en PRS of traumatische rouw. Wanneer meerdere trauma's en traumatische rouw beide bijdragen aan het in stand houden van problemen, kan NET-TG passend zijn. Echter, als een individu meerdere trauma's heeft ervaren en recentelijk een naaste op traumatische wijze heeft verloren, en dit recente verlies op de voorgrond staat bij de huidige psychologische klachten, heeft een behandeling specifiek gericht op de traumatische rouw prioriteit. Een behandeling die de levensloop als uitgangspunt neemt, zoals NET-TG, is dan minder passend. Een van de therapeuten verwoordde het als volgt: 'Een traumatische ervaring is niet hetzelfde als PTSS. Rouw is niet automatisch traumatische rouw. Wat de klachten genereert en in stand houdt, en wat de patiënt wil, is belangrijk.'

## Discussie

Deze studie evalueerde de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van NET-TG bij vluchtelingen en migranten met meervoudig trauma en traumatisch verlies, en wel door thematische analyse van interviews met patiënten en een focusgroep met therapeuten.

De interviews met deelnemende patiënten brachten verschillende sleutelfactoren naar voren in hun evaluatie van NET-TG. Wat betreft therapie-specifieke aspecten beschreven patiënten de behandeling als belastend, maar uiteindelijk effectief. Ze benadrukten in het bijzonder het belang van het delen van levensverhalen en het leggen van de levenslijn als cruciale elementen. Verder identificeerden patiënten meer algemene therapeutische factoren, zoals therapeutkenmerken, waarbij vertrouwen en professionaliteit als bijzonder belangrijk werden beschouwd. Mogelijk speelt de ervaring en aandacht voor cultuursensitief werken van therapeuten een rol bij de positieve beleving van de patiënten.

De focusgroep met therapeuten besprak de variabiliteit in behandelduur (afhankelijk van het aantal trauma's en traumatische verliezen, en van comorbide psychosociale gebeurtenissen) en de significantie van de levenslijn (gericht op levensgeschiedenis en het voorkomen van vermijding). Afsluitend werden in de focusgroep met therapeuten verschillende aanbevelingen geformuleerd. Gesuggereerd werd het NET-TG-protocol aan te vullen met een matrix die specifieke klachtpresentaties weergeeft (bijvoorbeeld als iemand moeite heeft met het toelaten van emoties of sterke schuldgevoelens ervaart) en bijpassende interventies. Gezien de complexiteit van de doelpopulatie en de constructen van (traumatische) rouw en PTSS, werd gespecialiseerde training in diagnostiek en behandeling van traumatische rouw voor therapeuten sterk aanbevolen, met cultuursensitief werken als integraal onderdeel daarvan. De geïdentificeerde doelpopulatie voor NET-TG bestond voornamelijk uit individuen (vaak met een migratieachtergrond) met meervoudige traumageschiedenissen, resulterend in PTSS en PRS. Een uitzondering werd echter opgemerkt voor gevallen van recenter verlies waarbij psychologische klachten over dat verlies de hoofdreden zijn voor aanmelding voor therapie; in dat geval is een geprioriteerde focus op traumatische rouw geïndiceerd, in plaats van NET-TG. Deze gegevens ondersteunen de haalbaarheid, bruikbaarheid en aanvaardbaarheid van NET-TG bij patiënten met meervoudig trauma en traumatisch verlies en een migratieachtergrond.

**Sterke punten en beperkingen van het onderzoek** Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek was de uitvoering ervan binnen een klinische setting die al geruime tijd (ook) een vluchtelingen- en migrantenpopulatie bedient. Dit kan de externe validiteit van de resultaten versterken, wat generalisatie naar diverse klinische populaties met comorbiditeit, variabiliteit in patiëntkenmerken en blootstelling aan dagelijkse stressoren vergemakkelijkt. NET-TG, ontwikkeld als antwoord op behoeften uit de klinische praktijk, bezit een hoge klinische relevantie. Om protocolgetrouwheid te waarborgen, ontvingen alle therapeuten gestructureerde supervisie van een ervaren klinisch psycholoog of psychiater. De integratie van de ervaringen van patiënten en therapeuten geeft een mooi beeld van de ervaren haalbaarheid, bruikbaarheid en aanvaardbaarheid van NET-TG. De wisselende therapiecontext (poliklinisch of dagbehandeling) kan van invloed zijn geweest op de NET-TG-ervaring. Dit is niet specifiek meegenomen in de interviewvragen. Niettemin geven de thema's een goede indruk van de therapie-ervaring, los van de verdere therapiecontext.

**Klinische implicaties** Uit dit haalbaarheidsonderzoek komt naar voren dat NET-TG een bruikbaar en begrijpelijk protocol is voor mensen die meervoudig trauma en traumatische verliezen hebben meegemaakt. Vanuit de focusgroep met therapeuten komt het advies naar voren om het behandelprotocol uit te breiden met een matrix die specifieke klachtpresentaties en bijpassende interventies weergeeft. Deze matrix is te vinden in tabel 3. Voorbeel-

den zijn het inzetten van *schrijfpoddrachten* als iemand moeite heeft met het toelaten van emoties of *imaginaire gesprekken* bij schuldgevoelens. Daarnaast kan gedacht worden aan cultureel passende *rituelen* ter ere van de overledene, voor het onderhouden van de band met de overledene, voor afscheid van traumatische ervaringen of voor het markeren van innerlijke transitie. De indicatiestelling kan aangescherpt worden, waarbij uit dit onderzoek naar voren komt dat NET-TG geïndiceerd is voor mensen (met of zonder migratieachtergrond) met PTSS- en PRS-klachten ten gevolge van meerdere traumatische ervaringen en verliezen van dierbaren. Indien de klachten vooral samenhangen met een recent ingrijpend verlies, heeft een behandeling specifiek gericht op de traumatische rouw als gevolg van dat verlies prioriteit.

Voor de klinische praktijk is het van belang dat behandelaren geschoold zijn in de concepten PTSS en traumatische rouw, het toepassen van narratieve exposuretherapie (NET) en dat ze bekend zijn met (cultuursensitieve) specifieke rouwinterventies; alleen het lezen van het protocol doet geen recht aan de complexiteit van de doelgroep waar dit protocol voor ontwikkeld is. Het ontwikkelen van scholing over NET-TG zou een mooie ontwikkeling zijn voor patiënten en behandelaren.

*NET-TG is een  
bruikbaar en  
begrijpelijk protocol*

**Tabel 3** PRS en traumatische rouwklachten en aanbevolen NET-TG-interventies

PRS en traumatische rouwklachten	Aanbevolen NET-TG-interventies
Herbelevingen van het moment van overlijden	▶ Imaginaire exposure aan gebeurtenissen rond het moment van overlijden
Vermijden van rouwgerelateerde emoties	▶ Schrijfpoddracht ▶ Rouwgerichte exposure aan relatie met de overledene
Ongeloofwaardigheid/onwerkelijkheid met betrekking tot het overlijden	▶ Imaginaire exposure aan gebeurtenissen rond het moment van overlijden ▶ Rouwgerichte exposure aan relatie met de overledene
Schuldgevoelens	▶ Imaginair gesprek met de overledene ▶ Schrijfpoddracht (bijvoorbeeld een brief aan de overledene)
Overmatige nabijheid zoeken met overledene (veel tijd met de overledene bezig zijn)	▶ Rouwgedrag herzien/verminderen
Moeite hebben om verlies te aanvaarden	▶ Cultuursensitieve rituelen (een bijzondere plek bezoeken, een geheugensymbool maken, gedeelde rituele activiteit) ▶ Exploreren van culturele tradities rond dood, verlies en rouw met behulp van het BG-CFI

*Noot.* Dit overzicht is een handreiking en niet uitputtend.

**Anne Kostelijk** is werkzaam bij Psycholoog Nederland, Hilversum.

**Sophie Hengst** is werkzaam bij ARQ Centrum'45 & ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

**Geert Smid** is eveneens werkzaam bij ARQ Centrum'45 & ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen. Daarnaast is hij verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

*Correspondentieadres:* Geert Smid, ARQ Centrum'45, Postbus 240, 1110 AE Diemen.

E-mail: g.smid@centrum45.nl

### Summary

#### *Narrative Exposure Therapy for Traumatic Grief (NET-TG)*

Refugees and migrants frequently experience symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and prolonged grief disorder (PGD). Treatment protocols often primarily focus on PTSD, overlooking specific grief interventions. Narrative exposure therapy for traumatic grief (NET-TG) aims to address both. This study evaluated the feasibility, acceptability and clinical utility of NET-TG. Participants eligible for treatment for PTSD and PGD were invited to participate in the study. Semi-structured interviews were conducted with participating patients, and a therapist focus group was held. Data were analyzed thematically using MAXQDA. Twelve participating patients completed NET-TG. The interviews with patients highlighted symptom change and the role of NET-TG elements, therapist characteristics, and support systems. Focus group themes included protocol design, content, training, and indication. Findings support the feasibility, acceptability and clinical utility of NET-TG, according to both patients and therapists.

**Keywords** *traumatic grief, PTSD, PGD, refugees, NET-TG*

### Referenties

- Akwa GGZ. (2020). *Zorgstandaard psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. GGZ Standaarden. [www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen](http://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen)
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*. Uitgeverij Boom.
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, 357, j2016. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Quantitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Mareello, M. M., Schierff, L. H., & O'Connor, M. (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- Comtesse, H., & Rosner, R. (2019). Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: The influence of losses and residence status. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1591330. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591330>
- de Heus, A., Hengst, S. M. C., de La Rie, S. M., Djelantik, A. A. A. M. J., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Day patient treatment for traumatic grief: Preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1375335. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375335>
- Djelantik, A. A. A., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020).

- Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37, 26-34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 247, 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023>
- Djelantik, A. A. A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Gersons, B. P. R., Nijdam, M. J., Smid, G. E., & Schnyder, U. (2020). Brief Eclectic Psychotherapy. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 267-285). Guilford Press.
- Hengst, S. M. C., & Smid, G. (2023). Hoe herken en behandel je traumatische rouw? *GZ-Psychologie*, 15, 20-24. <https://doi.org/10.1007/s41480-023-1439-5>
- Hengst, S. M. C., Smid, G. E., & Laban, C. J. M. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 206, 52-60. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000750>
- Killikelly, C., Bauer, S., & Maercker, A. (2018). The assessment of grief in refugees and post-conflict survivors: A narrative review of etic and emic research. *Frontiers in Psychology*, 9, 1957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01957>
- Killikelly, C., Christen, L.-M., Groen, S., Ogrodniczuk, J. S., Maercker, A., Smid, G. E., & Heim, E. (2025). Feasibility, acceptability and clinical utility of the Bereavement and Grief Cultural Formulation Interview for prolonged grief disorder. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 49, 1150-1167. <https://doi.org/10.1007/s11013-025-09927-2>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Mareello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92, 236-248. <https://doi.org/10.1037/ccp0000884>
- Kostelijk, A., Jurewicz, Boelen, P., & Smid, G. (In voorbereiding).
- Lechner-Meichsner, F., Comtesse, H., & Olk, M. (2024). Prevalence, comorbidities, and factors associated with prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in refugees: A systematic review. *Conflict and Health*, 18, 32. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00586-5>
- Lely, J. C., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, W. J., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1550344. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57, 487-496. <https://doi.org/10.1177/1363461520938273>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12, e0171030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030>
- NVvP. (2025). *PTSS [Multidisciplinaire richtlijn]*. Federatie Medisch Specialisten. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina\\_ptss.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html)

- Raghuraman, S., Stuttard, N., & Hunt, N. (2021). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 1-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET): A short-term intervention for traumatic stress*. Hogrefe Publishing.
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, 31, 695-710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Smid, G. E. (2020). A framework of meaning attribution following loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1776563. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1776563>
- Smid, G. E., Groen, S., de la Rie, S. M., Kooper, S., & Boelen, P. A. (2019). Culturele evaluatie van verlies en rouw. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 61, 879-883.
- Smid, G. E., Hengst, S. M. C., & de la Rie, S. M. (2021). NET-TG: Narratieve exposuretherapie voor traumatische rouw na meervoudig trauma en verlies. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 271-286). Boom.
- Smid, G. E., Hengst, S. M. C., Milius, A., de la Rie, S. M., Groen, S. P. N., van Berlo, A., Gasser, R., & Bos, J. (2023). Traumatische rouw bij vluchtelingen. In J. de Keijser, P. A. Boelen & G. E. Smid (red.), *Handboek traumatische rouw: Herziene editie* (pp. 180-203). Boom.
- Smid, G. E., Kleber, R. J., de la Rie, S. M., Bos, J. B. A., Gersons, B. P. R., & Boelen, P. A. (2015). Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): Toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27324. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27324>
- Smid, G. E., Texier, J., Özer, H., & Groen, S. (2025). Cultuursensitieve zorg bij persistente en traumatische rouw. In S. M. de la Rie & J. W. Knipscheer (red.), *Handboek migratie en psychotrauma* (pp. 371-385). Boom.
- Srivastava, T., Lee, K., Ehrenkranz, R., Cozzolino, P. J., Wise, F. A., Burns, M., McCormick, T., Yaden, D., Agrawal, M., & Penberthy, J. K. (2025). The efficacy of psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 380, 561-575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.173>
- Wei, Y., & Chen, S. (2021). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 877-884. <https://doi.org/10.1037/tra0000922>
- World Health Organization (WHO). (2022). *International classification of diseases eleventh revision (ICD-11)*. WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>