

Nabestaan, een naar bestaan

Een onderzoek onder nabestaanden in een groepspraktijk*

DRS. B. VAN KONINGSVELD EN DRS. H. M. WEIJENBURG**

Op 1 januari 1976 telde Nederland 144.514 weduwnaren en 550.389 weduwen (C.B.S.). Aan deze groep mensen, die samen ongeveer vijf procent van de totale bevolking uitmaken, wordt weinig aandacht besteed; het laatste wetenschappelijke onderzoek naar de problematiek van nabestaanden in ons land werd elf jaar geleden gepubliceerd. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de resultaten van een onderzoek naar de omstandigheden van acht weduwen en vijftien weduwnaren in de regio Eindhoven.

Achtergronden

Het onderzoek vond plaats in een groepspraktijk van vier huisartsen. Deze huisartsen hadden de indruk dat zij door weduwen en weduwnaren de eerste jaren na het overlijden van de partner vaker werden geconsulteerd dan door andere patiënten: soms met vage klachten die moeilijk waren te behandelen, soms ook met duidelijke problemen waarvoor de artsen echter niet altijd een oplossing voorhanden hadden. Deze bevindingen waren voor de huisartsen aanleiding zich wat meer in de problematiek van weduwen en weduwnaren te verdiepen.

Diverse buitenlandse onderzoekingen geven indicaties voor de juistheid van de door de huisartsen geuite vooronderstelling: niet alleen lijkt het rouwproces gepaard te gaan met een groot aantal psychosomatische klachten (*Glick et al.*) en een ongebruikelijk hoge gevoeligheid voor lichamelijke en geestelijke ziekten met daarbij hoge suïcidepercentages (*Berardo*), ook wordt gewag gemaakt van een grotere sterftekans. *Townsend* (1957) vond in een onderzoek onder weduwnaren dat in deze groep een hoger sterftepercentage voorkomt dan bij getrouwde leeftijdgenoten. In een ander onderzoek (*Kraus and Lilienfeld*) kwam naar voren dat juist

jonge weduwen en weduwnaren een verhoogd sterfterisico hadden. Volgens *Young et al.* zijn die resultaten niet alleen beperkt tot de categorie jonge weduwen en weduwnaren: bij een grote groep van weduwnaren van 55 jaar bleek dat het sterftcijfer met 40 procent steeg in de zes maanden die volgden op het overlijden van de echtgenote. In Engeland is in het eerste jaar na het overlijden van de partner het sterftcijfer onder de achtergeblevenen zeven maal zo hoog als bij een getrouwde controlegroep. Daarbij zou de sterftekans van mannen groter zijn dan die van vrouwen (*Rees and Lutkins*).

De vier huisartsen stelden verder dat in de praktijk de huisarts niet of nauwelijks toekomt aan het oplossen van psychosociale problemen bij de patiënten. Naar hun mening speelt hierbij naast gebrek aan tijd, het ontbreken van specifieke deskundigheid en verwijsmogelijkheden de voornaamste rol.

Verwachtingen

Voornamelijk op grond van literatuuronderzoek (*Van Koningsveld en Weijenburg*) werd een aantal vooronderstellingen geformuleerd; deze vooronderstellingen zijn in het volgende steeds cursief weergegeven:

- *Vorbereiding op de dood van de partner speelt een belangrijke rol in het rouwproces.* *Parkes* (1970; 1972) en *Glick et al.* kwamen tot de bevinding dat in gevallen dat een emotionele voorbereiding op het verlies mogelijk was geweest, de droefheid niet verminderde

maar de capaciteit om ermee om te gaan wel toenam. Planning hoe verder te gaan na de dood kwam bijna niet voor. Dit kan verschillende oorzaken hebben: de angst dat men daardoor de dood verhaast, de vrees dat men zodoende de indruk wekt dat men de dood wenst, of een emotionele onmogelijkheid om na te denken over de toekomstige status van weduwe/weduwnaar.

Deze veronderstelling is onderzocht met de volgende vraag:

- „Hoe is het gekomen dat uw man/vrouw is overleden?” Het gaat er bij deze vraag om of de overledene geheel onverwacht is gestorven (meestal een ongeval), wel ziek was, maar toch onverwacht is gestorven, of gestorven is als verwachte afloop van een ziekte. In het laatste geval zijn de volgende subvragen nog van belang:

- „Was u op de hoogte van de afloop van de ziekte?” Met op de hoogte zijn wordt hier bedoeld dat de weduwe/weduwnaar op een zodanig vroeg tijdstip was ingelicht omtrent de afloop van de ziekte dat zij/hij nog voldoende tijd had om, desgewenst, met de partner over het naderende sterven te praten.

- „Was de overledene op de hoogte van de afloop van zijn/haar ziekte?” Met betrekking tot het tijdstip geldt hetzelfde als hierboven.

- „Hebt u met elkaar gesproken over het komend sterven van uw man/vrouw; zijn er plannen gemaakt hoe u verder moet gaan na zijn/haar dood?”

- *Het weduwe- of weduwnaarschap leidt tot veranderingen in de relaties met vrienden en kennissen.* Verschillende auteurs (*Durville; Wellen (in Vendrik en Straver); Lopata;*) constateren dat bij weduwen deze relaties verdwenen. Ook *Townsend* (1968) en *Parkes* (1970) wijzen op de reacties van de omgeving op het rouwproces. Als oorzaken van het veranderen van de relaties worden genoemd:

- stigmatisering: de verandering in attitude van vrienden en kennissen ten opzichte van de weduwe of weduwnaar op grond van vooroordelen;

- angst: de weduwe (of weduwnaar) die contacten heeft met gehuwden kan door de getrouwde kennissenkring als een gevaarlijke indringer in hun huwelijken worden gezien („A little widow is a dangerous thing”).

Deze vooronderstelling is getoetst door het stellen van vragen als: „Zijn er contacten verbroken?”, „Hebt u nieuwe contacten gekregen?” en „Heeft u behoefte aan nieuwe contacten?”

- *Het maken van toekomstplannen is een indicatie voor de laatste fase in het*

* De groepspraktijk maakt deel uit van het Philips Medisch Centrum Woensel te Eindhoven.

** Respectievelijk wetenschappelijk onderzoeker aan het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie te Berg en Dal en Directeur Personeel en Algemeen Beheer in de Rijksinrichting voor tBR-gestelden „Veldzicht” te Balkbrug (Ov.).

rouwproces. De zogenaamde „herstelfase” schijnt te worden gekenmerkt door het maken van toekomstplannen en interesse in nieuwe activiteiten. Bij nieuwe activiteiten denken we aan zaken als met vakantie gaan, het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden of hobbies (bijvoorbeeld dans- of typeles, praatgroepen, avondschoon, rijbewijs). Meestal wordt in deze fase het medicijngebruik (kalmerende middelen en slaaptabletten) gestopt of sterk verminderd. Er wordt gedacht over het aangaan van nieuwe relaties, of eventueel aan hertrouwen. *Parkes (1972)* noemt als kenmerken „het ontwikkelen van onafhankelijkheid en het onderkennen van de eigen mogelijkheden”. Ook in deze fase blijft het gevoel van verbondenheid met de overleden partner bestaan.

We hebben naar eventuele toekomstplannen gevraagd en in dat verband ook gevraagd of er plannen waren voor een volgend huwelijk.

- *Naast veel moeilijkheden worden er door het overlijden ook dingen makkelijker.* Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan opluchting dat de zieke niet langer hoeft te lijden, een gevoel van verlossing doordat men niet langer getuige hoeft te zijn van het lijden, financiële voordelen, een gevoel van zelfstandigheid, een gevoel van bevrijding uit een beklemmende situatie of mischien uit een slecht huwelijk.

Deze vooronderstelling is onderzocht door te vragen „of er ook dingen fijner of gemakkelijker geworden zijn dan vroeger”.

- *Na het overlijden van de partner wordt de huisarts vaker geconsulteerd.* Het rouwproces schijnt gepaard te gaan met tal van psychosomatische klachten die er toe zouden kunnen leiden dat de huisarts vaker geconsulteerd wordt. *Glick et al.* noemen een aantal psychosomatische reacties: veranderingen in het slaappatroon, angst om alleen naar bed te gaan, slapeloosheid, verandering in eetgewoonten, gewichtsverlies, hoofdpijn en andere pijnen, verlies van concentratievermogen en soms een bij zichzelf waarnemen van symptomen van dezelfde ziekte als waaraan de partner is overleden (ook al wel tijdens het ziekbed).

- *In het rouwproces speelt het gemis van de seksuele relatie ook een rol.* *Vendrik en Straver* en *Glick et al.* maken hier melding van. We hebben dit onderzocht door te vragen of in het gevoelde gemis van de partner ook het gemis van een seksuele relatie een rol speelde.

- *Alleenstaanden ondervinden extra*

problemen als ze thuiswonende, meestal jonge kinderen hebben. Hierbij kan worden gedacht aan problemen met de opvoeding en verzorging en het probleem dat er iemand op de kinderen moet passen als men werkt. We vroegen of het lukte de verzorging van de kinderen te volbrengen als de leeftijd van de kinderen daartoe aanleiding gaf.

- *De naaste familie is een belangrijke steun voor de achtergeblevenen.* Dit geldt met name voor (schoon)broers, (schoon)zusters, ouders. Hierover werd informatie verkregen door de vraag of er voldoende steun was (of werd) ontvangen en van wie. Als de kinderen al ouder waren, vroegen we of ze de achtergebleven ouder tot hulp en steun waren.

Onderzoeksopzet

Bovengenoemde verwachtingen werden onderzocht met behulp van een half gestructureerde vragenlijst: de vragen die gesteld zouden worden, stonden van tevoren vast, volgorde en formulering werden echter aan de specifieke interviewsituatie aangepast. De meeste respondenten werden thuis door één onderzoeker geïnterviewd. Met een klein aantal vond op eigen verzoek elders een gesprek plaats. Na toestemming werden de gesprekken op band opgenomen. In twee gevallen werd dit geweigerd, de informatie is in die gevallen zoveel mogelijk ter plekke schriftelijk geregistreerd. De duur van de gesprekken varieerde van een tot bijna zes uur.

De analyse van de geregisteerde gesprekken was erop gericht vast te stellen in hoeverre de vooraf geformuleerde veronderstellingen werden bevestigd. Daartoe zijn alle interviews zo volledig mogelijk schriftelijk uitgewerkt en is vervolgens door de interviewer en een tweede onderzoeker beoordeeld in welke mate de veronderstellingen juist bleken te zijn.

De leeftijd van de respondenten varieerde van 27 tot 76 jaar. Het aantal jaren dat men ten tijde van het onderzoek weduwe of weduwnaar was, liep uiteen van ruim een half tot meer dan tien jaar; het gemiddelde was vier jaar (*tabel*).

Het onderzoek was gericht op circa tachtig weduwen en weduwnaren. Dit aantal is lager dan men op grond van de praktijkgrootheid zou verwachten. De oorzaak hiervan is onder meer het feit dat het onderzoek (in verband met de toegankelijkheid van de persoonsgegevens) was beperkt tot verplicht verzekerden. Bovendien is het medisch cen-

trum een voorziening van een bedrijf, wat inhoudt dat de kans op verloop van patiënten na het overlijden van de kostwinner relatief groot is.

Uiteindelijk zijn drieëntwintig mensen geïnterviewd; vijftien weduwnaren en acht weduwen. De respons is laag doordat er, na een schriftelijk verzoek om contact op te nemen, uit ethische overwegingen geen verdere druk op de betrokkenen is uitgeoefend. Gezien het relatief geringe aantal mensen dat aan het onderzoek heeft meegewerkt, dient er rekening mee te worden gehouden dat de door ons gevonden percentages niet representatief behoeven te zijn voor de gehele Nederlandse bevolking. De getallen dienen dus met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het is echter ook niet onze bedoeling geweest een beschrijving te geven van de hele groep Nederlandse weduwen en weduwnaren, maar veel meer om een aantal problemen te inventariseren die zouden kunnen dienen als uitgangspunt voor de hulpverlening.

Resultaten

- *Vorbereiding op de dood.* Uit het onderzoek blijkt dat er door de huwelijkspartners betrekkelijk weinig met elkaar werd gesproken over het overlijden van een van hen, ook niet indien bekend was dat de partner aan een ziekte leed waarvan de prognose infaust was. Het merendeel van hen sprak zelfs nooit met elkaar over een eventueel overlijden. Opvallend was bovendien dat bijna de helft van de ondervraagden wel vermoedens had over de afloop van de ziekte, maar de huisarts hierover niet durfde te raadplegen. In sommige gevallen vermeed de zieke bewust een gesprek over het komende overlijden met de partner om deze te sparen. Meestal werd dan wel een andere gesprekspartner geaccepteerd, bijvoorbeeld een zusster met wie de zieke altijd al een vertrouwensrelatie had onderhouden. De eigen partner bleef dan vaak met gevoelens van teleurstelling achter: „Hij kon

Tabel. Het aantal jaren na het overlijden van de partner ten tijde van het interview.

Aantal jaren	Aantal weduwen/weduwnaars
<1	9
1-3	4
3-6	2
6-10	2
>10	6

met mij niet praten, wel met een vreemde". Ook het omgekeerde kwam voor. In een aantal gevallen wilde de zieke zelf wel over het naderende einde praten, maar bleef de partner ontkennen dat ze spoedig door de dood gescheiden zouden worden: „Ik zei iedere keer maar, jij gaat niet dood, jij gaat niet dood”.

De helft van de weduwen en weduwnaren zei wel eens gepraat te hebben over de vraag hoe ze verder zouden moeten gaan als een van hen er niet meer zou zijn; dit betekent dat toch nog 50 procent van de huwelijkspartners nooit met elkaar had gepraat over de toekomst als een van hen zou komen te overlijden.

• *Relaties.* Op de vraag of er na het overlijden van de partner bepaalde contacten waren verbroken of minder intensief geworden, antwoordde 87 procent van de respondenten bevestigend. Opmerkelijk is daarnaast dat bijna driekwart van de weduwen en weduwnaren zei na het overlijden van de partner weer nieuwe contacten te hebben gelegd. Aan de ene kant dus een verlies van veel vrienden en kennissen, aan de andere kant in een groot aantal gevallen nieuwe relaties. Met die nieuwe en de nog overgebleven relaties hadden de respondenten op het moment van het onderzoek nog in 43 procent van de gevallen regelmatig contact.

Toch worden nieuwe relaties blijkbaar niet snel gelegd: bijna de helft zei geen behoefte aan nieuwe contacten te hebben, terwijl ruim een derde het moeilijk vond om nieuwe contacten te leggen. Ondanks dat heeft toch bijna driekwart van de respondenten een of meer nieuwe contacten gekregen. In de meeste gevallen werden andere alleenstaanden opgezocht; relaties die men voor het overlijden van de partner met echt)paren had, lopen sterk terug. Echte jaloezie speelt hierbij vaak een rol. Een weduwe of weduwnaar wordt niet zelden ervaren als een bedreiging voor het eigen huwelijk („hij wil mijn vrouw versieren”). Een weduwe vertelde dat ze haar beste kennissen had verloren, want „ze zijn bang dat je hun man afneemt”. Ook kwam het voor, zowel bij weduwen als bij weduwnaren, dat men zich bij het leggen van nieuwe contacten belaagd voelde door opdringerige mannen of vrouwen. Voor weduwen was de opdringerigheid van getrouwde mannen („ze wil vast wel eens wat”) soms een reden om haar contacten met een echt-paar te verbreken.

• *Toekomstplannen.* In de literatuur worden veelvuldig relaties gelegd tussen bepaalde vormen van rouwgedrag en de

daarbij behorende fase. Zo wordt het maken van toekomstplannen beschouwd als een aanwijzing voor het feit dat men zich in een laatste fase van het rouwproces, de herstelfase, zou bevinden. Als men hiervan uitgaat, zou een relatief groot deel van onze onderzoeksgroep bestaan uit mensen die zich in die herstelfase bevinden, aangezien 45 procent van de respondenten zegt toekomstplannen te maken. Voor deze respondenten was het verlies van de partner vrijwel altijd verscheidene jaren geleden.

Ruim de helft van de weduwen en weduwnaren uit het onderzoek maakte zich zorgen over de toekomst. Opvallend is dat die zorgen meestal geen betrekking hebben op henzelf, maar op de toekomst van hun kinderen.

Een specifiek soort toekomstplannen zijn plannen om te hertrouwen. Van de ondervraagden had ruim de helft deze mogelijkheid wel eens overwogen of er pogingen toe ondernomen. Als er nog niet aan hertrouwen gedacht werd, had dit meestal als oorzaak dat de achtergeblevene het rouwproces nog niet volledig doorlopen leek te hebben („Ik kan haar nog niet kwijt”). Het tamelijk hoge percentage hertrouwplannen (57 procent) lijkt begrijpelijk in samenhang met het gegeven dat eenzaamheid door 67 procent van de respondenten als grootste probleem werd genoemd („als je getrouwd bent is het allemaal zo mooi en nu zit je maar alleen”).

Naast plannen tot hertrouwen werd het maken van vakantieplannen ook vaak genoemd.

• *Opluchting.* Voor 38 procent van de weduwen en weduwnaren waren sommige dingen gemakkelijker geworden, zoals de toegenomen bewegingsvrijheid na het overlijden van de partner. Ook werd in geval van een langdurig ziekbed het overlijden van de partner als een opluchting ervaren („Ik heb al die tijd voor mijn vrouw moeten zorgen. Nu ben ik gepensioneerd en kom eindelijk eens aan mezelf toe. Daarom heb ik het nog nooit zo goed gehad”).

We willen de 57 procent van de respondenten voor wie helemaal niets gemakkelijker was geworden in verband brengen met de nabestaanden die geen toekomstplannen maakten en zich daarom nog in de herstelfase van het rouwproces lijken te bevinden. Dit is namelijk grotendeels dezelfde groep weduwen en weduwnaren.

• *Gemiste hulp.* Uit het onderzoek komt naar voren dat ruim de helft van de weduwen en weduwnaren bepaalde hulp of steun heeft gemist. Opmerkelijk

is dat binnen die groep de meeste hulp werd gemist van de huisarts of de maatschappelijk werker.

Ondanks het feit dat een meerderheid vond onvoldoende steun te hebben ontvangen, werd daardoor de mate van tevredenheid over de eigen huisarts niet negatief beïnvloed: op de vraag of klachten naar tevredenheid waren opgelost antwoordde bijna driekwart bevestigend en vrijwel iedereen was in het algemeen tevreden over de huisarts. Het bleek dat men een huisarts vooral waardeert op persoonsfactoren: zijn luisterbereidheid, zijn empathisch vermogen en dergelijke. De mate van tevredenheid lijkt minder rechtstreeks in verband te staan met de wijze waarop lichamelijke klachten begeleid worden.

• *Seksuele relatie.* In tegenstelling tot wat in andere onderzoeken in ondermeer de Verenigde Staten wordt gemeld, gaf in dit onderzoek een minderheid van de respondenten aan de partner te missen op seksueel gebied. Deze bevinding zou wellicht te maken kunnen hebben met het feit dat in Amerikaanse onderzoeken voor de leeftijd van de respondenten steeds een bovengrens van 45 jaar is gehanteerd, terwijl in het hier beschreven onderzoek de gemiddelde leeftijd 56 jaar bedroeg. Bijna driekwart van de respondenten zei dat bij het gemis van de partner het gemis van de seksuele relatie geen rol speelt. In veel gevallen kwam daarbij naar voren dat er tijdens het huwelijk al een in seksueel opzicht weinig rijke relatie was ontstaan, vaak als gevolg van de zwakke gezondheid van de partner.

• *Kinderen.* Van de weduwen en weduwnaren uit het onderzoek had 87 procent kinderen; een minderheid van die kinderen woonde nog thuis. Ruim een derde van de respondenten met thuiswonende kinderen bevestigde dat ze moeilijkheden ondervonden met de verzorging van de kinderen of dat ze zich zorgen over hen maakten. Weduwen zeiden vaak een soort vaderfiguur te missen die zo nu en dan eens op zou kunnen treden en voor wie de kinderen ontzag zouden hebben. Soms kwam een deel van de problemen met de kinderen voort uit de moeilijkheden die de kinderen zelf ondervonden met de verwerking van het overlijden van een van hun ouders, wat bijvoorbeeld weer tot uitdrukking kwam in slechte schoolprestaties.

De meerderheid van de weduwen en weduwnaren zei echter geen moeilijkheden te hebben met de verzorging van de kinderen en maakte zich ook geen zorgen over hen. Wel was het zo dat,

indien er nog thuiswonende kinderen waren, de opvoeding van die kinderen na eenzaamheid, verwerkingsproblemen en praktische huishoudelijke problemen als het grootste probleem werd genoemd.

Een groot deel van de respondenten zei steun van de kinderen te hebben ontvangen. De steun was vaak van heel praktische aard: het regelen van de begrafenis, eten koken, de was doen enzovoort. Vaak hadden ze ook een in psychologisch opzicht ondersteunende functie („Ik heb goed met mijn kinderen over vader kunnen praten”). Een klein deel van de respondenten zei helemaal geen steun van de kinderen ondervonden te hebben. Het betrof daarbij meestal relaties die reeds voor het overlijden van een van de ouders verstoord waren (zoon die niet meer thuis kwam, schoondochter met wie de ouders het nooit konden vinden etcetera).

• **Huisarts.** Van de ondervraagden had 95 procent direct na het overlijden van de partner met de huisarts contact gehad. Bijna driekwart vond dat men in die periode steun van de huisarts of van de maatschappelijk werker had ondervonden. Op de vraag of men na het overlijden vaker contact met de huisarts had gehad dan daarvoor antwoordde ruim een derde van de respondenten bevestigend. De meerderheid zei evenwel na het overlijden de huisarts niet vaker te hebben geconsulteerd. Opvallend is dat de gezondheid van ruim de helft van de weduwen en weduwnaren naar eigen zeggen matig tot slecht is. Hoewel de gemiddelde leeftijd van de respondenten in dit onderzoek relatief hoog lag (56 jaar), lijkt deze bevinding toch niet uitsluitend verklaarbaar uit een te veronderstellen relatie tussen hogere leeftijd en toenemend aantal lichamelijke klachten.

Besluit

Met de hulpverlening aan weduwen en weduwnaren zou waar mogelijk al vóór het overlijden van de partner een eerste begin moeten worden gemaakt. Met name in het geval van voorspelbaar fataal aflopende ziekteprocessen lijkt hier een – in elk geval signalerende – taak voor de huisarts te liggen, omdat voorbereiding op de dood van de partner een positieve invloed op de latere verwerking van het verlies door de weduwe of weduwnaar lijkt te hebben.

De onderzoeksgegevens wekken de indruk dat vrijwel alle weduwen en weduwnaren een meer of minder sterk sociaal isolement ervaren. In het bijzonder voor de nabestaanden die geen regelmatige contacten met familieleden onderhouden valt te verwachten dat hulp of steun van de huisarts of de maatschappelijk werker in hoge mate zullen worden gewaardeerd.

Samenvatting. Dit artikel bevat de belangrijkste resultaten van een verkennend onderzoek naar de levensomstandigheden en belevingen van acht weduwen en vijftien weduwnaren. Het onderzoek werd verricht binnen de viermans groepspraktijk van het Philips Medisch Centrum Woensel te Eindhoven. Opmerkelijk was dat meer dan de helft van de bij het onderzoek betrokken huwelijkspartners aangaf nooit met elkaar gepraat te hebben over de toekomst, als een van hen zou komen te overlijden. Met name in de eerste tijd na het overlijden kwamen de meeste achtergeblevenen terecht in een sterk sociaal isolement. De meerderheid zei bepaalde hulp of steun te hebben gemist, vooral van de huisarts of de maatschappelijk werker. Problemen van praktische, huishoudelijke aard bleken veel aandacht te vragen, terwijl in de werksituatie vaak moeilijkheden ontstonden.

De auteurs concluderen dat de huisarts bij een verwacht overlijden in elk geval een signalerende en mogelijk een begeleidende taak heeft en dat met name de nabestaanden die geen regelmatige contacten onderhouden met familieleden, hulp en steun van de huisarts zullen waarderen.

Summary. The misery of surviving. A study of surviving marital partners in a group practice. This paper presents the principal results of an exploratory study of the circumstances and experiences of eight widows and fifteen widowers in the four-men group practice of the Philips Medical Centre Woensel in Eindhoven. More than 50 percent of the subjects indicated never to have discussed with their partner the future after the death of one of the partners. Particularly during the initial period following the death of the partner, the surviving partner became socially isolated. The majority stated to have missed a degree of care or support, especially from the family doctor or a social worker. Practical domestic prob-

lems proved to demand much attention, and problems often arose in the work situation.

The authors conclude that the family doctor who expects a death has a cautionary and perhaps also a guiding task, and that in particular surviving partners who maintain no regular contacts with relatives will appreciate the doctor's care and support.

Bastiaans, J. Verlating en rouw. In: E. van de Wolk (red.). Het naderend einde. Boom, Meppel, 1975.

Berardo, F. M. Survivorship and social isolation. The case of the aged widower. (1970) *Family Coordinator* 19, 11-25.

Durville, H. A. M. Het sociologische beeld van de weduwe die met jonge kinderen achterblijft. *Sociologisch Instituut, Utrecht*, 1967.

Glick, I. O., R. S. Weiss and C. M. Parkers. The first year of bereavement. Wiley, New York, 1974.

Jansens, M. Het rouwproces als reactie op scheiding door de dood. *Doctoraalscriptie I.C.I.P., Utrecht*, 1976.

Koningsveld, D. B. J. van en H. M. Weijnenburg. Verlating: positie en problemen van weduwen en weduwnaren. *Instituut voor Sociale Psychologie, Utrecht*, 1977.

Koningsveld, D. B. J. van, E. Plooy en H. M. Weijnenburg. Een onderzoek naar de gevolgen van verlating door scheiding of overlijden. *Philips Medisch Centrum, Eindhoven*, 1977.

Kraus, A. S. and A. M. Lielifeld. Some epidemiological aspects of the high mortality in the young widowed group. (1959) *J. chron. Dis.* 10, 207-217.

Lopata, H. Z. Social relations of widows in urbanizing societies. (1972) *Sociological Quart.* 13, 259-271.

Parkes, C. M. The first year of bereavement. A longitudinal study of reactions of London widows to the death of their husbands. (1970) *Psychiatry* 33, 444-467.

Parkes, C. M. Bereavement. Studies of grief in adult life. *Tavistock Institute of Human Relations, London*, 1972.

Rees, W. D. and S. G. Lutkins. Mortality of bereavement. (1967) *Brit. med. J.* IV, 13-16.

Townsend, P. The family life of old people. *The Free Press, Glencoe (Ill.)*, 1957.

Townsend, P. Isolation, desolation and loneliness. In: E. Shanas et al. Old people in three industrial societies. *Atherton Press, New York*, 1968.

Vendrik, M. C. H. en C. J. Straver. Weduwen. Een verkennend onderzoek. *Brand, Bussum*, 1969.

Weijnenburg, H. M. en D. B. J. van Koningsveld. Tot de dood ons scheidt. (1978) *T. Ziekenverpleging* 31, 861-865.

Young, M., B. Benjamin and C. Wallis. The mortality of widowers. (1963) *Lancet* II, 454-456.