



Rouwspecifieke cognitieve gedragstherapie of heden- en oplossingsgerichte therapie voor persisterende rouwstoornis?

Referentie

Rosner R, Rau J, Kersting A, et al. Grief-specific cognitive behavioral therapy vs present-centered therapy. JAMA Psychiatry 2025;82:109-17.
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3409

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog,
wetenschappelijk medewerker Vlaams
Expertisecentrum Suïcidepreventie.
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Is cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw superieur aan heden- en oplossingsgerichte therapie in het verbeteren van persisterende rouw, depressieve en somatische symptomen, algemene psychopathologie en suïcidaliteit bij volwassenen met een persisterende rouwstoornis?

Achtergrond

Rouwen na het verlies van een dierbare is een heel gezonde respons. Soms kan rouw echter lang duren of een aanzienlijke impact hebben op het leven en de levenskwaliteit van een persoon. Persisterende rouwstoornis werd als nieuwe diagnose toegevoegd aan het ICS-11 en de DSM-5-TR (1,2). Deze aandoening wordt gekenmerkt door intense rouw, die tot minstens 6 (1) of 12 (2) maanden na het verlies aanhoudt en die het dagelijkse leven van de persoon ernstig verstoort. Volgende symptomen dienen aanwezig te zijn: 1) intens verlangen naar de overledene of preoccupatie met gedachten of herinneringen aan de overledene, alsook 2) identiteitsverstoring of andere symptomen, zoals sterke emotionele pijn, emotionele verdoofdheid, intense eenzaamheid, gevoel van zinloosheid van het leven, of ongeloof over de dood ((1,2). De geschatte prevalentie in de algemene bevolking bedraagt ongeveer 5%, maar in oudere populaties en ook wanneer het verlies gepaard gaat met ingrijpende of onverwachte omstandigheden, zoals bijvoorbeeld zelfdoding, liggen de cijfers aanzienlijk hoger (3,4). Zo toonde een eerdere meta-analyse dat bijna de helft van de personen die iemand op onnatuurlijke manier verliezen, bijvoorbeeld door een ongeval, suïcide of moord, een persisterende rouwstoornis ontwikkelen (4). Persisterende rouwstoornis gaat vaak samen met andere psychische problematieken waaronder vooral depressieve stoornissen en verhoogde suïcidaliteit, en kan ook de lichamelijke gezondheid negatief beïnvloeden (5-7).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering uit 4 universitaire ambulante klinieken in Duitsland
- inclusiecriteria: volwassenen tussen 18 en 75 jaar met een diagnose van persisterende rouw op basis van het **Prolonged Grief Disorder 13 interview**, die over voldoende cognitieve vaardigheden beschikken en in staat zijn om Duitse vragen te lezen en te beantwoorden
- exclusiecriteria: aanwezige psychotische stoornis of stoornis in middelengebruik, acute suïcidaliteit, reeds lopende psychotherapie, deelname aan andere studie, behandeling met

benzodiazepines, antipsychotica of opioïden; antidepressiva waren toegestaan op voorwaarde dat de dosis 4 weken voor de aanvang van de studie stabiel bleef

- uiteindelijke inclusie van 212 deelnemers (106 per studiearm) met een gemiddelde leeftijd van 51,8 jaar (SD 13,3), waarvan 82% vrouwelijk; de meerderheid had geen migratieachtergrond (84%) en ongeveer de helft van de deelnemers had meer dan 12 jaar opleiding (53%); 37% was getrouwd of had een relatie, 27% gescheiden of vrijgezel en 36% weduwe of weduwnaar; de deelnemers waren gemiddeld 26,5 maanden (SD 32,0) in rouw; nabestaanden bestonden uit kinderen (16%), partners (46%), ouders (26%) van de overledene en 11% had een andere relatie tot de overledene; bij 82% van de deelnemers ging het om een natuurlijk overlijden en bij 27% van de deelnemers was het overlijden verwacht; 32% van de deelnemers namen psychotrope medicatie en 76% had minstens 1 comorbide aandoening, meestal depressieve stoornissen (57%) en angststoornissen (20%).

Onderzoekopzet

Multicenter, beoordelaar-geblindeerde gerandomiseerde gecontroleerde klinische superioriteitsstudie (8)

- interventiegroep: kreeg cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw, die bestond uit: huiswerkoefeningen, relaxatie, psycho-educatie, motivatie voor behandeling, doelstellingen bepalen, exposure (blootstelling) aan het ergste moment van het verlies, cognitieve herstructurering van rouwgerelateerde cognities in combinatie met oplossingsgerichte, experiëntiële (ervaringsgerichte) technieken (zoals rollenspellen, geleide imaginaties,...) en toekomstgerichte sessies
- controlegroep: kreeg heden-gerichte therapie met focus op een ondersteunende therapeutische relatie, gericht op het 'nu' en op het omgaan met dagelijkse problemen (oplossingsgericht) die voortbestaan uit het verlies of met rouwsymptomen verbonden zijn; het bevat belangrijke elementen van psychotherapie en basis cognitieve gedragselementen (ondersteunende therapeutische relatie, identificeren van stressoren, aanleren van probleemoplossende vaardigheden, psycho-educatie, huiswerk), zonder de specifieke cognitieve gedragstherapeutische elementen (cognitieve herstructurering, exposure, relaxatie, experiëntiële technieken)
- beide behandelingen werden face-to-face aangeboden door opgeleide psychotherapeuten (2 dagen training) en bestonden uit 20 wekelijkse sessies (50 minuten) met 4 optionele sessies voor speciale situaties (bijvoorbeeld een bijkomend verlies, speciale dagen zoals verjaardagen van het verlies); in totaal ging het ongeveer over 6 maanden behandeling; therapeuten moesten eerst een persoon behandelen onder tweewekelijkse supervisie en maandelijkse telefonische casusbespreking; trouw aan het protocol werd nagegaan door onafhankelijker beoordelaars via een random selectie van opnames van sessies; tijdens de covid-pandemie gebruikte men videobellen voor therapie
- de 1:1-randomisatie werd gestratificeerd per rekruterings-/behandelcentrum en de relatie tot de overledene (kind of ander)
- voor elke therapiesessie werd een zelf-rapportage vragenlijst afgenomen met betrekking tot rouwsymptomen (Duitse versie van de Inventory of Complicated Grief)
- therapeuten kregen na elke sessie een checklist over de inhoud van de sessie, suïcidaliteit, en ongewenste effecten
- alle uitkomstmaten werden gemeten bij aanvang; na sessies 5, 10 en 15; na behandeling (6 maanden); en 12 maanden na randomisatie
- andere zaken die werden gemeten: demografische en verlies-gerelateerde variabelen (bijvoorbeeld relatie tot overledene) bij aanvang; suïcidaliteit bij aanvang, na behandeling en na 1 jaar; comorbide aandoeningen bij aanvang.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: ernst van persisterende rouw na 1 jaar tijd, gemeten door geblindeerde beoordelaars met het **Prolonged Grief Disorder 13 interview**

- secundaire uitkomstmaten: verandering in ernst van persisterende rouw op 6 maanden; zelf-gerapporteerde depressieve, somatische en algemeen psychopathologische symptomen na behandeling en na 1 jaar follow-up
- primair intention-to-treatanalyse met linear mixed models, secundair per-protocolanalyse
- effectgrootte uitgedrukt in Cohen's d
- sensitiviteitsanalyses: met enkel deelnemers die alle metingen hadden vervolledigd, of met enkel deelnemers die minstens de nameting na 6 maanden hadden ingevuld
- moderatoranalyses: leeftijd, geslacht, relatie tot overledene, oorzaak van overlijden, comorbide stoornissen, centrum, psychotrope medicatie en invloed van covid-pandemie.

Resultaten

- van de primaire uitkomstmaat: beide behandelingen toonden een aanzienlijke daling in ernst van persisterende rouw na een jaar follow-up (interventie Cohen's d=1,64; 95% BI van 1,31 tot 1,97; controle Cohen's d=1,38; 95% BI van 1,09 tot 1,66); er werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - significant meer verbetering wat persisterende rouw betreft in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep, meteen na de behandeling (6 maanden) (gemiddeld verschil -3,15; Cohen's d=0,31 met 95% BI van 0,03 tot 0,57 en p=0,03)
 - significant meer verbetering bij deelnemers in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep wat betreft depressieve symptomen op 6 maanden en algemene psychopathologische symptomen op 6 maanden en 12 maanden
 - geen significant verschil in somatische symptomen
 - geen significant verschil tussen groepen in remissie na behandeling (nog 10 personen in interventiegroep en 17 in controlegroep hadden de diagnose) of follow-up (nog 8 personen met de diagnose in de interventiegroep en 15 in de controlegroep)
 - verbetering van suïcidaliteit in beide groepen op 6 maanden, maar enkel in de interventiegroep statistisch significant na 1 jaar follow-up (Cohen's d=0,41 met 95% BI van 0,17 tot 0,64 en p<0,001).

		Gemiddeld verschil (95%BI)	Cohen's d (95% BI)	p
Depressieve symptomen	6 maanden	/	/	NS
	12 maanden	-3,84 (-7,26 tot 0,43)	0,36 (0,04 tot 0,68)	0,03
Algemene psychopathologische symptomen	6 maanden	-0,20 (-0,38 tot -0,01)	0,36 (0,04 tot 0,68)	0,04
	12 maand	-0,20 (-0,39 tot -0,01)	0,25 (-0,07 tot 0,36)	0,04
Somatische symptomen	6 maanden	/	/	NS
	12 maanden	/	/	NS

Besluit van de auteurs

Deze gerandomiseerde klinische studie toont aan dat cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw superieur was aan heden-gerichte therapie op vlak van comorbide symptomen na de behandeling en bij follow-up. Beide behandelingen bleken effectief en acceptabel te zijn, wat het potentieel voor disseminatie aantoont, alsook het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt.

Financiering van de studie

De studie werd gefinancierd door twee beurzen van de Deutsche Forschungsgemeinschaft.

Belangenconflicten van de auteurs

Vier auteurs ontvingen buiten het ingediende werk beurzen, vergoedingen en royalty's van diverse instellingen en uitgeverijen voor lezingen, workshops en publicaties over rouwbehandeling; er zijn verder geen andere belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Dit was een goed opgezette multicenter, beoordelaar-geblindeerde RCT met vooraf geregistreerd protocol. Het nodige aantal deelnemers, op basis van een vooraf uitgevoerde steekproefberekening, werd behaald. Randomisatie werd gestratificeerd per centrum en relatie tot de overledene (kind versus andere relatie). Uitkomstmaten bestonden uit zowel gestructureerde interviews door geblindeerde beoordelaars als metingen door therapeuten en zelfrapportage door deelnemers. En dat op meerdere momenten met een relatief lange opvolging tot 1 jaar na randomisatie. Daarnaast werd niet alleen gekeken naar de ernst van persisterende rouwstoornis, maar ook naar het aantal personen met en zonder de stoornis bij follow-up. De keuze voor deze dichotome uitkomstmaat vormt een belangrijke methodologische sterkte. De auteurs voerden verschillende sensitiviteitsanalyses uit (op de per-protocolgegevens en de gegevens met minstens een nameting op 6 maanden), alsook moderatieanalyses. De sensitiviteitsanalyses leverden vergelijkbare resultaten op, en geen van de geteste moderators (leeftijd, geslacht, relatie tot overledene, oorzaak van overlijden, comorbide stoornissen, centrum, psychotrope medicatie en invloed van covid-pandemie) hadden een invloed op de behandel-effecten.

Beoordeling van de resultaten

Uit de resultaten blijkt dat beide behandelingen resulteren in winst op vlak van secundaire uitkomstmaten zoals depressieve en somatische symptomen, algemene psychopathologie en suïcidaliteit. De effectgroottes, weergegeven door Cohen's d , variëren van 0,25 tot 0,41, wat overeenkomt met kleine tot matige effecten. Voor symptomen van persisterende rouw vond men meteen na de behandeling een verschil tussen beide behandelingen, waarbij cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw betere resultaten opleverde. Dit verschil bleef onder de vooraf bepaalde minimale klinisch relevante drempel (gemiddeld verschil van 5,5 tussen de groepen) en was niet significant op langere termijn. Er werd bovendien geen klinisch relevant dichotoom resultaat vooropgesteld (verschil in aantal personen met wel of geen persisterende rouwstoornis). Er kan dus eigenlijk niet gesteld worden dat cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw beter is dan de actieve controlegroep die in deze studie gebruikt werd voor het behandelen van persisterende rouw. Het gebruik van een gedetailleerde handleiding voor CGT laat toe om de therapie te extrapoleren naar de Belgische praktijk. De interventies werden bovendien uitgevoerd door opgeleide therapeuten, met voorafgaande training, pilootcasussen, supervisie en onafhankelijke controle van opnames. De interventie- en de controlegroep waren grotendeels vergelijkbaar in duur van de behandeling, hoewel er in de interventiegroep iets langere sessies waren bij exposure/ervaringsgerichte technieken (100 minuten in plaats van 50), wat tot een iets hogere totale behandel-tijd leidde (100 minuten meer in totaal). Een mogelijke beperking is dat door de covid-19-pandemie een deel van de deelnemers moest overschakelen naar online therapie. Extra analyses toonden echter aan dat overschakelen op online therapie geen invloed had op de resultaten. Het is echter niet volledig duidelijk wat de heden-gerichte therapie, die bovendien in België niet courant gebruikt wordt, precies inhoudt. Aangezien men hier basiselementen van cognitieve gedragstherapie combineert met een oplossingsgerichte invalshoek en dat deze therapie gegeven wordt door CGT-geschoolde therapeuten, is er mogelijk een belangrijke overlap tussen beide behandelingen in deze studie. Dit resulteerde mogelijk in weinig significante verschillen. Het grootste verschil lijkt te bestaan in het feit dat men in de interventiegroep meer verlies- én herstelgericht werkte, terwijl de controlegroep vooral herstelgericht was. Herstel- en verlies-gerichte coping zijn echter twee cruciale elementen van het rouwproces. Anderzijds halen de auteurs zelf aan dat de controlegroep mogelijk toch verlies-gerichte coping aangeleerd kreeg omdat voor elke sessie een vragenlijst over rouwsymptomen werd afgenomen, wat het verlies activeert en een mogelijk onderwerp van de begeleiding kan worden. De resultaten lijken te suggereren dat zowel specifieke cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw, als een meer oplossingsgerichte basis cognitieve gedragstherapie werkzaam kunnen zijn bij volwassenen met persisterende rouw, maar de actieve controlegroep en de afwezigheid van een passieve controlegroep maken het niet mogelijk om de

impact van spontane verbetering uit te sluiten. Het gebruik van antidepressiva was toegestaan, maar enkel bij stabiele dosis. Het is niet duidelijk of dit daadwerkelijk werd nagegaan doorheen de studie en welke invloed mogelijke psychofarmaca dus hebben gehad op het herstel. De populatie bestond voornamelijk uit hoogopgeleide (53%) vrouwen (82%) zonder migratieachtergrond (84%), gemiddeld 26,5 maanden na het verlies, en bestond vooral uit partners of ouders van de overledene. Personen met psychose, middelenstoornis, acute suïcidaliteit of gebruik van antipsychotica, benzodiazepines, en opioïden werden uitgesloten. Dit beperkt de extrapolatie naar meer diverse populaties of personen met veelvoorkomende comorbiditeiten zoals middelengebruik en suïcidaliteit. De uitval was wel vergelijkbaar in beide groepen (20% in interventiegroep en 16% in controlegroep) en er traden geen ongewenste effecten op.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Voor zover wij weten, bestaan er momenteel geen specifieke Belgische richtlijnen omtrent de behandeling van personen met een persisterende rouwstoornis. Mogelijk is dit het gevolg van het feit dat deze diagnose vrij recent is opgenomen in de ICD-11 en DSM-5. Er bestaan wel protocollaire behandelingen die regelmatig gebruikt worden door cognitief gedragstherapeuten (zie Keijsers et al., 2023). In de Nederlandse GGZ-Standaarden wordt voor de behandeling van een persisterende complexe rouwstoornis aangeraden om cognitief-gedragstherapeutische interventies te gebruiken (9).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct opgezette multicenter gerandomiseerde klinische studie met geblindeerde beoordelaars suggereert dat zowel specifieke cognitieve gedragstherapie voor persisterende rouw, als een actieve controlebehandeling met cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte elementen, effectief zijn voor de behandeling van persisterende rouw en dat er geen klinisch relevant verschil na één jaar follow-up kan aangetoond worden. Cognitieve gedragstherapie was wel superieur voor depressieve en algemene psychopathologische symptomen. De behandelingen overlappen echter in grote mate (CGT-geschoolde therapeuten, actieve controlegroep met CGT-elementen), waardoor het werkelijke verschil onduidelijk is en men evenmin spontane verbetering kan uitsluiten. De gehanteerde exclusiecriteria en uiteindelijke studiep populatie, voornamelijk hoogopgeleide vrouwen zonder migratieachtergrond, beperken de generaliseerbaarheid naar meer diverse populaties met comorbiditeiten.

Referenties

1. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. World Health Organization 2025-01.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text revision. 5th ed. (DSM-5-TR) American Psychiatric Association, 2022.
3. Comtesse H, Smid GE, Rummel AM, et al. Cross-national analysis of the prevalence of prolonged grief disorder. *J Affect Disord* 2024;350:359-65. DOI: 10.1016/j.jad.2024.01.094
4. Djelantik AA, Smid GE, Mroz A, et al. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord* 2020;265:146-56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.034
5. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:350-62. DOI: 10.1521/suli.34.4.350.53737
6. Robbins-Welty G, Stahl S, Zhang J, et al. Medical comorbidity in complicated grief: results from the HEAL collaborative trial. *J Psychiatr Res* 2018;96:94-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.09.017
7. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, et al. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Dis Reports* 2021;4:100140. DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100140

8. Rosner R, Rau J, Kersting A, et al. Grief-specific cognitive behavioral therapy vs present-centered therapy. *JAMA Psychiatry* 2025;82:109-17. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3409
9. Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. GGZ-Standaarden, 2020. Beschikbaar op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie>