

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Begeleide versus onbegeleide online rouwgerichte cognitieve gedragstherapie voor volwassenen die een dierbare verloren tijdens de COVID-19-pandemie¹

Een gecontroleerde studie

► LYANNE REITSMA, PAUL BOELEN, ELISA VAN EE, JOS DE KEIJSER & LONNEKE LENFERINK

Samenvatting Het overlijden van een dierbare tijdens de COVID-19-pandemie werd beschouwd als een potentieel traumatisch verlies, wat het risico op persisterende rouw kon vergroten. Deze gecontroleerde studie onderzocht de korte- en langetermijneffecten van begeleide versus onbegeleide online cognitieve gedragstherapie (CGT) op persisterende rouwstoornis (PRS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressieklachten voor nabestaanden tijdens de pandemie. Nederlandse volwassenen ($N = 131$) die ten minste 3 maanden tevoren een dierbare hadden verloren, werden toegewezen aan begeleide ($n = 67$) of onbegeleide ($n = 64$) online CGT. Uitkomsten werden gemeten met gevalideerde instrumenten via telefonische interviews voorafgaand aan, direct na afloop en 6 maanden na behandeling. Deelnemers doorliepen een 8-weekse online CGT. Multilevel *intention-to-treat* analyses werden uitgevoerd. Beide online CGT's bleken effectief, maar begeleide online CGT leidde tot grotere afname van PRS- en PTSS-symptomen, zowel direct als 6 maanden na behandeling (niet voor depressie). Vroege online CGT bleek effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten voor nabestaanden tijdens de pandemie.

TREFWOORDEN — *persisterende rouw, posttraumatische stress, depressie, online CGT, COVID-19*

1 Dit artikel is gebaseerd op een Engelstalig artikel dat is ingediend voor publicatie met als titel: 'Therapist-guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after losses during the COVID-19 pandemic: A controlled trial'.

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Begeleide en onbegeleide rouwspecifieke online CGT waren effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten bij nabestaanden tijdens de COVID-19-pandemie.
- ▶ Begeleide (versus onbegeleide) rouwspecifieke online CGT leidde tot nog grotere effecten voor persisterende rouw- en posttraumatische stressklachten, maar niet voor depressie.

Inleiding

Wereldwijd zijn er ruim zeven miljoen mensen overleden door het coronavirus COVID-19 (WHO, 2024). Daarnaast zijn tijdens de pandemie talloze mensen overleden aan andere oorzaken die niet gerelateerd waren aan het virus (Verdery et al., 2020). De meeste mensen ervaren na een verlies rouwreacties, zoals boosheid, verdriet en verlangen naar de overleden dierbare (Djelantik et al., 2017). Rouwreacties nemen vaak met de tijd af en de meeste nabestaanden leren uiteindelijk om te gaan met het verlies (zie bijvoorbeeld: Bonanno & Malgaroli, 2020; Nielsen et al., 2019). Wanneer deze rouwreacties echter langdurig aanhouden en tot beperkingen leiden in het dagelijks leven, kan er sprake zijn van persisterende-rouwstoornis (PRS). Uit onderzoek onder representatieve steekproeven blijkt dat tussen de 1% en 5% van de nabestaanden het risico loopt op het ontwikkelen van PRS volgens de criteria van de tekstrevisie van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; APA, 2022) (Rosner et al., 2021; Treml et al., 2022, 2024).

Volgens de criteria van de DSM-5-TR wordt PRS gekenmerkt door aanhoudende separatieangst en additionele symptomen als ongeloof over het verlies, eenzaamheid en emotionele verdooving. Het overlijden dient ten minste 12 maanden tevoren te hebben plaatsgevonden en de symptomen dienen te leiden tot significante beperkingen in het dagelijks functioneren. PRS is ook geïncludeerd in de elfde editie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11; WHO, 2018). Volgens de criteria van de ICD-11 wordt PRS gekenmerkt door ernstige, persisterende en invaliderende rouwreacties, ten minste 6 maanden na het overlijden. In dit artikel zal de term 'persisterende rouw' worden gebruikt als overkoepelende term voor klinische relevante verstoorde rouwreacties. Hoewel persisterende rouw vaak gelijktijdig voorkomt met andere psychische stoornissen, zoals posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en depressie (Komischke-Konnerup et al., 2021), zijn deze stoornissen wel van elkaar te onderscheiden (Boelen et al., 2010; Djelantik et al., 2017; Lenferink et al., 2017, 2021; Malgaroli et al., 2018; O'Connor et al., 2010).

Het overlijden van een dierbare tijdens de COVID-19-pandemie werd door deskundigen beschouwd als een potentieel traumatisch verlies, waardoor een toename werd verwacht in de ontwikkeling van persisterende

rouw (zie bijvoorbeeld: Breen, 2020; Carr et al., 2020; Eisma et al., 2020; Gesi et al., 2020; Johns et al., 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020; Mortazavi et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Er waren verscheidene redenen om dit te veronderstellen, zoals beperkte mogelijkheid voor rouwrituelen, sociale isolatie, secundaire stressoren (bijvoorbeeld angst, eenzaamheid en stress in de algemene bevolking) en het verlies van meerdere dierbaren in een relatief korte tijd. In overeenstemming met deze verwachting suggereren verschillende onderzoeken inderdaad dat de prevalentie van persisterende rouw relatief hoog is bij mensen die tijdens de pandemie een dierbare hebben verloren, vergeleken met percentages die werden gevonden na natuurlijk verlies vóór de pandemie (Breen et al., 2022; Downar et al., 2022; Drucker et al., 2023; Eisma & Tamminga, 2020; Harrop et al., 2023; Lenferink & Boelen, 2023; von Blanckenburg et al., 2023). Een meta-analyse liet zien dat de prevalentie van persisterende rouw 46% is bij nabestaanden tijdens de pandemie (Kustanti et al., 2023). Dit percentage is vergelijkbaar met de prevalentie van persisterende rouw na traumatisch verlies (Djelantik et al., 2020).

De voorkeursbehandeling voor persisterende rouw is face-to-face cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op confrontatie met de realiteit en de onomkeerbaarheid van het verlies (Boelen & van den Bout, 2017). Sinds het uitbreken van de COVID-19-pandemie is de vraag naar online behandeling toegenomen. Online CGT kan een oplossing bieden voor problemen met vervoer of moeilijkheden bij het inplannen van therapiesessies. Daarnaast is online CGT goedkoper, waardoor behandeling toegankelijk wordt voor mensen die professionele psychologische hulp nodig hebben bij het verwerken van een verlies. Ten slotte kan online CGT het stigma op psychologische hulp mogelijk verminderen en daarmee de drempel voor het zoeken naar behandeling verlagen. Een toenemend aantal studies laat zien dat therapeutisch begeleide online CGT effectief is in het verminderen van persisterende rouw, PTSS en depressiesymptomen bij nabestaanden (Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Treml et al., 2021; Wagner et al., 2006).

Persisterende rouw kan pas na 6 maanden (volgens ICD-11) of 12 maanden (volgens DSM-5-TR) na een verlies worden gediagnosticeerd. Onderzoek toont echter aan dat verhoogde persisterende-rouwsymptomen vóór deze periode vaak chronisch blijven en een belangrijke voorspeller zijn van aanhoudende psychopathologie na verlies (Boelen & Lenferink, 2020, 2022; Bonanno & Malgaroli, 2020; Kristensen et al., 2020; Nielsen et al., 2019; Sveen et al., 2018). Daarom is het relevant om online CGT binnen 12 maanden na een verlies aan te bieden. Tot op heden zijn slechts twee gerandomiseerde wachtlijstgecontroleerde studies uitgevoerd naar online CGT voor persisterende rouw, PTSS en depressie binnen 3-6 maanden na verlies, waarbij in vergelijking met een wachtlijst matige tot grote effecten werden gevonden (Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023). Er is echter meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van online CGT in het eerste jaar na

verlies. Mogelijk voorkomt deze behandeling langdurige klachten, waardoor intensievere behandeling op een later moment niet nodig is.

De effectiviteit van online behandeling hangt af van verschillende factoren, waaronder de mate van begeleiding door een therapeut (Andersson et al., 2009; Wagner et al., 2020). De grootste behandel-effecten worden behaald bij online behandelingen die worden ondersteund door een therapeut, vergeleken met minimale of geen begeleiding. Onderzoek heeft aangetoond dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT effectief is in het verlichten van persisterende rouw, PTSS en depressie na verlies, vergeleken met een wachtgroep (Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Trembl et al., 2021; Wagner et al., 2006) of vergeleken met een actieve controlegroep (Eisma et al., 2015). Daarentegen heeft geen van deze studies de effectiviteit van therapeutisch begeleide online CGT direct vergeleken met de effectiviteit van onbegeleide online CGT bij nabestaanden met psychische klachten.

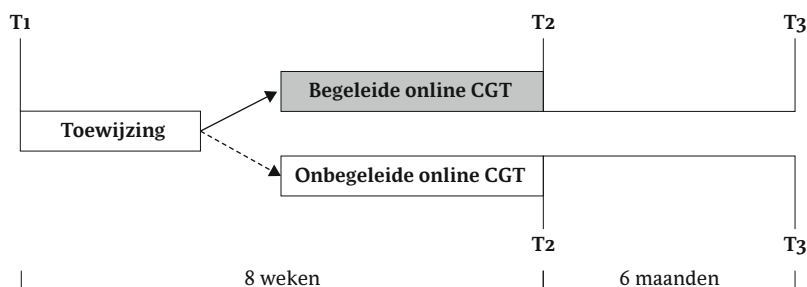
Het doel van de huidige studie was dan ook om de korte- en langetermijneffecten te evalueren van een therapeutisch begeleide online rouwgerichte CGT, vergeleken met onbegeleide online CGT, in het verminderen van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen bij volwassenen met klinisch relevante klachten, die tijdens de COVID-19-pandemie een dierbare waren verloren. Onze eerste hypothese was dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT zou leiden tot een vermindering in persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand aan de behandeling tot direct na de behandeling, en 6 maanden na afloop van de behandeling. Onze tweede hypothese was dat deelnemers in de begeleide online-CGT-groep een sterkere afname van symptomen zouden laten zien vergeleken met deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep, zowel direct als 6 maanden na afloop van de behandeling (Reitsma et al., 2021).

Methode

Studieopzet De opzet van de studie is weergegeven in figuur 1. Zoals beschreven in het studieprotocol bestaat deze studie uit twee delen (Reitsma et al., 2021). Deel 1 bestond uit een *monocenter* gerandomiseerde wachtlijstgecontroleerde studie waarin de kortetermijneffecten van onbegeleide online CGT werden onderzocht, vergeleken met een wachtlijstconditie, bij mensen die een dierbare waren verloren tijdens de COVID-19-pandemie (Reitsma et al., 2023). Deel 2 bestond uit een *multicenter* gecontroleerde studie waarin de korte- en langetermijneffectiviteit van begeleide online CGT werd geëvalueerd, vergeleken met onbegeleide online CGT, in het verminderen van dezelfde klachten bij nabestaanden tijdens de pandemie. Alle deelnemers aan deel 2 werden toegewezen aan de begeleide online CGT. Alle deelnemers aan deel 1 van de studie (zowel deelnemers die direct behandeling kregen als deelnemers die behandeling kregen na een wacht-

periode) dienden als controlegroep voor deel 2 (dat wil zeggen: de ongebegeleide online-CGT-groep). In de huidige studie worden de resultaten van deel 2 beschreven.

De begeleiding werd uitgevoerd door psychologen werkzaam bij een van de zes Nederlandse ggz-instellingen die betrokken waren bij deze studie. Telefonische interviews werden afgenomen door een getrainde psycholoog (LR) voorafgaand aan de behandeling (T1), na afloop van de behandeling (T2) en 6 maanden na de behandeling (T3). De studie is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) (NL74518.041.20). Alle deelnemers hebben toestemming gegeven voor deelname aan de studie.



Figuur 1 Studieopzet van de gecontroleerde studie.

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. De stippellijn geeft aan dat deelnemers niet actief aan de conditie werden toegevoegd. De onbegeleide online-CGT-groep bestond uit alle deelnemers uit deel 1 van de studie, die in de huidige studie dienden als controlegroep.

Deelnemers en procedure Deelnemers konden Nederlandstalige volwassenen die tijdens de COVID-19-pandemie ten minste 3 maanden tevoren een partner, familielid of vriend(in) hadden verloren. Dit tijds criterium is gekozen op basis van eerder onderzoek van Litz en collega's (2014), waarin de effectiviteit werd aangetoond van vroege online CGT bij mensen met verhoogde klachten na verlies. Daarnaast moesten deelnemers klinisch relevante niveaus vertonen van DSM-5 persisterende complexe rouwstoornis,² PTSS en/of depressie. De klachtenniveaus werden vastgesteld via telefonische interviews. Exclusiecriteria waren: onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geen toegang hebben tot internet, en ooit gediagnosticeerd zijn met een psychotische stoornis of acute suïcidaliteit. Deze laatste twee criteria werden beoordeeld aan de hand van enkele vra-

- 2 Toen we in 2021 met de werving voor deze studie begonnen, waren de DSM-5-TR criteria voor persisterende-rouwstoornis (PRS) nog niet gepubliceerd. Daarom zijn de criteria voor persisterende complexe rouwstoornis gehanteerd in lijn met de DSM-5.

gen tijdens T1 (voor meer details, zie: Reitsma et al., 2021). Werving vond plaats via (sociale) media en een website die voor deze studie was opgezet (<https://rouwbehandeling.nl/rouw-zonder-afschied>). Deelnemers aan deel 1 werden geïncludeerd tussen oktober 2020 en februari 2021. Deelnemers aan deel 2 werden geïncludeerd tussen maart 2021 en april 2023. De kosten voor deelname bestonden uit het betalen van het eigen risico bij de zorgverzekeraar.

Meetinstrumenten

Primaire uitkomstmaat — PRS-symptomen. PRS-symptomen volgens de DSM-5-TR-criteria (APA, 2022) werden gemeten met de Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered (TGI-CA; Lenferink, Franzen et al., 2023). De TGI-CA bestaat uit 22 items en is de interviewversie van de Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+; Lenferink et al., 2022). Tien DSM-5-TR PRS-symptomen werden gemeten aan de hand van elf items. Voor de twee items die betrekking hebben op woede en verdriet werd de hoogste antwoordoptie van één van de twee items gebruikt om het symptoom ‘intense emotionele pijn met betrekking tot het verlies (bijvoorbeeld woede, bitterheid, verdriet)’ vast te stellen. Alle items verwijzen naar de afgelopen maand en worden beantwoord op een vijfpunts-likertschaal van 1 (‘nooit’) tot 5 (‘altijd’). Een voorbeelditem is: ‘Heeft u, in de afgelopen maand, intense gevoelens van emotionele pijn, verdriet of golven van rouw gehad?’ De instructie op de originele vragenlijst is aangepast van ‘het overlijden van uw dierbare’ naar ‘het overlijden van uw dierbare(n) tijdens de COVID-19-pandemie’. Volgens de PRS DSM-5-TR diagnostische scoringsregel (APA, 2022) vertonen deelnemers klinisch relevante vroege PRS-symptomen wanneer ze ten minste een 3 (‘soms’) scoorden op minstens één symptoom van criterium B (separatieangst), drie symptomen van criterium C (identiteitsverstoring) en het D-criterium (beperkingen in alledaags functioneren) en/of een totale score van ≥ 33 rapporteren op basis van de tien PRS DSM-5-TR-symptomen. De TGI-CA is een betrouwbaar en valide instrument voor het beoordelen van PRS-symptomen (Lenferink, Franzen et al., 2023). De interne consistentie van de PRS DSM-5-TR-items was 0,78 op T1.

Secundaire uitkomstmaten — PTSS. De ernst van PTSS werd beoordeeld met de 20-item PTSD Checklist voor DSM-5 (PCL-5; Blevins et al., 2015; Boeschoten et al., 2014). Deelnemers beoordeelden in hoeverre ze in de afgelopen maand last hadden van elk symptoom op een vijfpunts-likertschaal, van 0 (‘helemaal niet’) tot 4 (‘extreem veel’). De instructies en items op de originele vragenlijst zijn aangepast van ‘de stressvolle ervaring’ naar ‘het overlijden van uw dierbare(n) tijdens de COVID-19-pandemie’. Omdat de items werden afgenomen via een telefonisch interview, zijn ze geherformuleerd van stellingen naar vragen. Een voorbeeld van een item is: ‘In hoeverre heeft u in de afgelopen maand last gehad van regelmatig terugke-

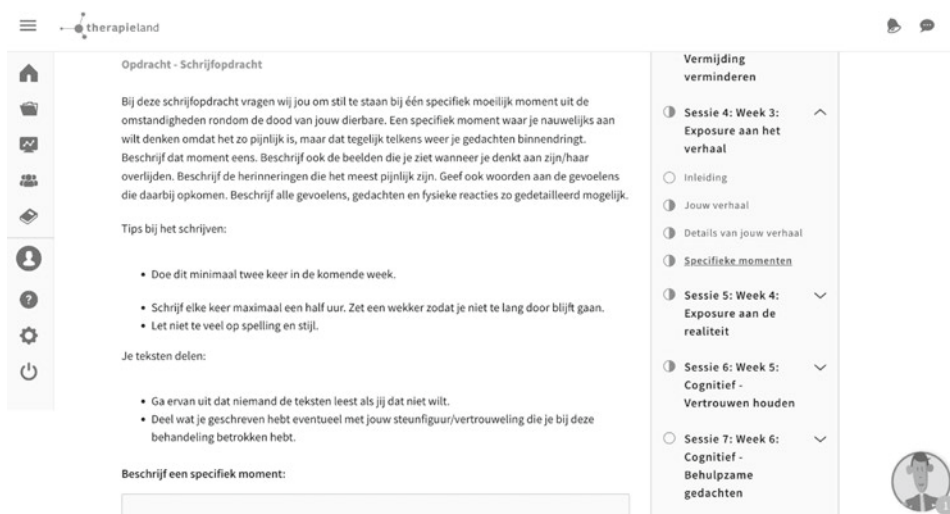
rende, onaangename en ongewenste herinneringen aan het overlijden van uw dierbare tijdens de COVID-19-pandemie?' De PCL-5 is een betrouwbaar en valide instrument (Blevins et al., 2015). Volgens de diagnostische regel van de DSM-5 (APA, 2013) wordt gesteld dat deelnemers klinisch significante PTSS-symptomen vertonen als ze ten minste een 2 (matig) scoren op minstens één criterium-B-item (intrusies), één criterium-C-item (vermijding), twee criterium-D-items (negatieve veranderingen in cognities en stemming) en twee criterium-E-items (veranderingen in arousal en reactiviteit), en/of een totale score van ≥ 31 rapporteren (Blevins et al., 2015). De interne consistentie van de items was 0,86 op T1.

Depressie. De ernst van depressie werd beoordeeld met de negen-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Deelnemers beoordeelden de frequentie van elk symptoom gedurende de afgelopen 2 weken op een vierpunts-likertschaal, van 0 ('helemaal niet') tot 3 ('bijna elke dag'). De items in de oorspronkelijke vragenlijst werden geherformuleerd van stellingen naar vragen (bijvoorbeeld: 'Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van weinig interesse of plezier in activiteiten?'). De PHQ-9 heeft goede psychometrische eigenschappen (Kroenke et al., 2001). Volgens Kroenke en collega's (2001) kan een score van ≥ 10 worden gebruikt als afkappunt voor klinisch relevante depressie. De interne consistentie van de items was 0,73 op T1.

Additionele instrumenten — Gerapporteerd werden de karakteristieken van de deelnemers, waaronder gender, leeftijd, opleidingsniveau en geboorteland, evenals de verliesgerelateerde karakteristieken, waaronder de leeftijd van de overledene, relatie tot de overledene, aantal maanden sinds het verlies en de oorzaak van het overlijden. Daarnaast werden COVID-19-gerelateerde karakteristieken in kaart gebracht, waaronder aanwezigheid bij de uitvaart en het ervaren van meerdere verliezen tijdens de pandemie. Indien een deelnemer meerdere dierbaren had verloren tijdens de pandemie, werd het interview gefocust op het meest ingrijpende verlies zoals beoordeeld door de deelnemer. Verder werd het gebruik van professionele psychologische co-interventie tijdens deelname aan de studie vastgesteld met één vraag (beantwoord met ja/nee) tijdens T2 ('Heeft u in de afgelopen 8 weken hulp ontvangen van een psycholoog, therapeut of psychiater met betrekking tot het overlijden van uw dierbare?') en tijdens T3 ('Heeft u in de afgelopen 6 maanden hulp ontvangen van een psycholoog, therapeut of psychiater met betrekking tot het overlijden van uw dierbare?')

Interventie De begeleide online CGT bestaat uit acht wekelijkse sessies, die binnen maximaal 12 weken worden afgerond. De sessies zijn verdeeld in drie rouwtaken: (1) confrontatie met het verlies en de pijn na het overlijden van een dierbare, (2) het behouden van vertrouwen in jezelf, anderen, het leven en de toekomst, en (3) het ondernemen van activiteiten die aanpassing stimuleren aan de nieuwe omstandigheden zonder de overledene (ver-

gelijk: Boelen & Eisma, 2022; Boelen & van den Bout, 2017). Sessie 1 biedt psycho-educatie over mogelijke reacties op verlies, met de nadruk op COVID-19-gerelateerde stressoren. Sessies 2, 3 en 4 zijn gefocust op exposure (taak 1). De deelnemers worden aangespoord om het verhaal van het verlies te delen in schrijfoopdrachten, waarbij de focus ligt op de pijnlijkste aspecten van het verlies. Sessies 5 en 6 zijn gericht op cognitieve herstructurering (taak 2), waarbij deelnemers worden aangemoedigd om negatieve niet-helpende gedachten te identificeren en te veranderen met behulp van cognitieve dagboeken en gedragsexperimenten. Ten slotte zijn sessies 7 en 8 gericht op gedragsactivatie (taak 3). In deze sessies worden deelnemers aangemoedigd om waardevolle activiteiten weer uit te voeren door doelen te stellen en stappen in kaart te brengen om deze doelen te bereiken. Figuur 2 illustreert een weergave van de online omgeving van de behandeling in Therapieland. Meer details over de inhoud van de behandeling zijn te vinden in eerdere studies (Reitsma et al., 2021, 2023).



Figuur 2 Screenshot van de online cognitieve gedragstherapie in Therapieland

Deelnemers die minder dan zes sessies hadden voltooid, werden beschouwd als *non-completers*, aangezien niet alle CGT-onderdelen aan bod waren gekomen. De inhoud van de behandeling werd aangeboden via een beveiligde website van Therapieland. De sessies werden begeleid door een gekwalificeerde psycholoog via e-mailcontact. Alle psychologen kregen een 8 uur durende online training over het behandelprotocol. De therapeutische begeleiding bestond uit de deelnemer één keer per week feedback geven en één keer per week een aanmoediging sturen om in te loggen en de opdrachten te voltooien. Therapeuten werden geïnstrueerd om per deelnemer wekelijks 30 minuten te besteden aan begeleiding.

Steekproefgrootte Zoals beschreven in ons studieprotocol (Reitsma et al., 2021), werd een steekproefgrootte van 86 deelnemers als voldoende beschouwd om verschillen te detecteren tussen de begeleide en onbegeleide online-CGT-groepen, met als doel ten minste een gemiddelde effectgrootte op basis van eerder onderzoek (Spek et al., 2007), met een statistische power van 80% en een alfaniveau van 0,050.

Statistische analyses Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 27.0 (IBM Corporation, 2020). Multilevel analyses zijn uitgevoerd om de effectiviteit te evalueren van begeleide online CGT (versus onbegeleide online CGT) op PRS-, PTSS- en depressiesymptomen direct na en 6 maanden na afloop van de behandeling. Aanvankelijk werden modellen geconstrueerd die alleen random intercepten voor elke uitkomst afzonderlijk bevatten om de *intra*class correlatie te berekenen. Vervolgens werd tijd als een lineaire voorspeller toegevoegd (gecodeerd als 1 = T1, 2 = T2 en 3 = T3), gevolgd door een model waarin tijd dummy-gecodeerd werd met de T1-scores als referentie-categorie. Het model met de laagste waarde van het Akaike informatie-criterium (AIC) werd geselecteerd. Vervolgens werden conditie (gecodeerd als 0 = onbegeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT) en de interactie-effecten tijd*conditie toegevoegd. *Deviance* toetsen werden gebruikt om te beoordelen of het includeren van interactie-effecten het model verbeterde vergeleken met een model bestaande uit alleen hoofdeffecten. In overeenstemming met Snijders en Bosker (2012) ging onze voorkeur uit naar modellen met het kleinste aantal parameters voor de random onderdelen. Daarom werden niet-significante random *slopes* weggelaten uit de modellen. Drie afzonderlijke multilevel modellen werden uitgevoerd met PRS, PTSS of depressie als afhankelijke variabele. Bij T2 ontbrak 33,6% van de itemresponsen op de uitkomsten en bij T3 was dit 38,2%. Maximale waarschijnlijkheidsinschatting is gebruikt om met ontbrekende data om te gaan. Data van alle deelnemers die zijn geïnccludeerd in de studie zijn meegenomen in de analyses (dat wil zeggen: *intention-to-treat* analyses).

Vervolgens zijn *within-group* Cohens *d* effectgrootten berekend door het verschil tussen symptoomniveaus direct na de behandeling en voorafgaand aan de behandeling te delen door de geaggregeerde standaarddeviatie van de symptoomniveaus voorafgaand aan de behandeling. Dit is gedaan in overeenstemming met eerder onderzoek (vergelijk: Boelen, Lenferink et al., 2021; Bryant et al., 2014; Lenferink, Eisma et al., 2023; Reitsma et al., 2023). De effectgrootten werden getoetst met behulp van gepaarde *t*-toetsen. *Between-group* Cohens *d* effectgrootten zijn berekend door de niet-gestandaardiseerde bèta-coëfficiënt van de interactieterm te delen door de geaggregeerde standaarddeviatie van de symptoomniveaus voorafgaand aan de behandeling. Effectgrootten werden gecategoriseerd als klein (Cohens $d \geq 0,20 \leq 0,49$), middelgroot (Cohens $d \geq 0,50 \leq 0,79$) en groot (Cohens $d \geq 0,80$) (Cohen, 1988).

Ten slotte zijn *reliable change indices* (RCI's) berekend voor de groep deelnemers die de behandeling hebben voltooid (de *completers*), om kli-

nisch significante veranderingen vast te stellen, van voorafgaand aan de behandeling tot direct na en 6 maanden na de behandeling, voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen per deelnemer (voor meer details, zie formule in: Jacobson & Truax, 1991).

$$RCI = \frac{X2 - X1}{\sqrt{S_{diff}}}$$

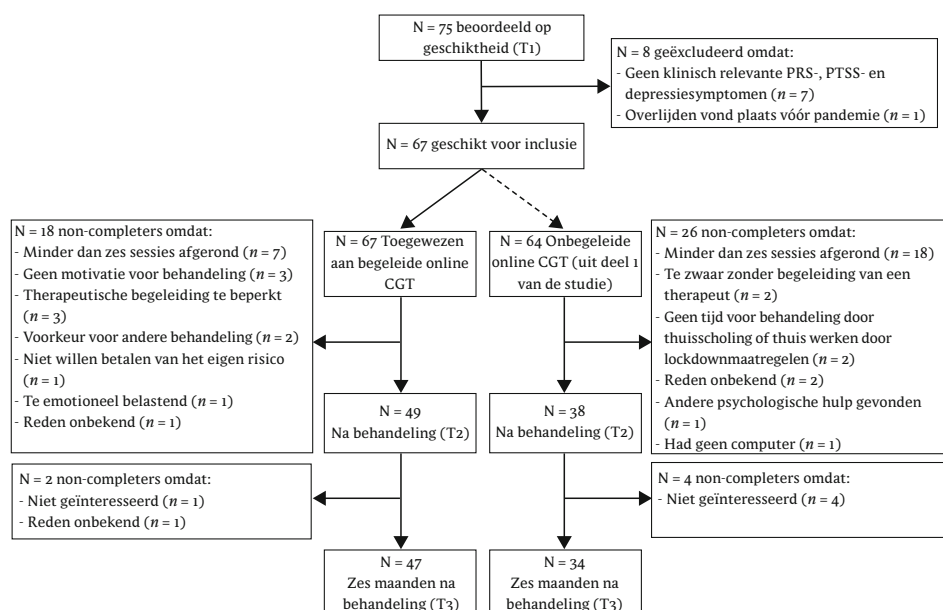
In deze formule geeft X2 de score weer van een deelnemer na de behandeling of wachtperiode, terwijl X1 de score van die deelnemer weergeeft voorafgaand aan de behandeling of wachtperiode; S_{diff} staat voor de standaardfout van het verschil op de TGI-CA, PCL-5 of PHQ-9, en is berekend met gebruik van de standaarddeviatie en de Cronbachs alfa van de *baseline*-meting. Een RCI > |1,96| duidt erop dat de verandering waarschijnlijk niet op toeval berust ($p < 0,050$). We telden vervolgens het aantal deelnemers die klinisch significante veranderingen vertoonden op de uitkomsten. Chi-kwadraattoetsen werden uitgevoerd voor het vergelijken van mogelijke verschillen tussen de twee groepen.

Op T1 werden leeftijd (in jaren), aantal maanden sinds het verlies, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen vergeleken tussen de twee groepen middels onafhankelijke *t*-toetsen of Mann-Whitney U-toetsen. Chi-kwadraattoetsen of Fishers exacte toetsen werden gebruikt om verschillen te evalueren tussen de twee groepen in gender (0 = man, 1 = vrouw), opleidingsniveau (0 = < hogeschool/universiteit, 1 = hogeschool/universiteit), relatie tot de overledene (0 = echtgenoot of kind, 1 = anders), aantal verliezen tijdens de pandemie (0 = één verlies, 1 = meerdere verliezen), oorzaak van overlijden (0 = ziekte, 1 = anders), en het gebruik van psychologische co-interventie tussen T1 en T3 (0 = nee, 1 = ja). Dezelfde analyses werden uitgevoerd tussen deelnemers die de behandeling hadden voltooid (completers) en non-completers op T2 en T3 met betrekking tot sociodemografische en verliesgerelateerde kenmerken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen op T1. Indien de twee groepen zouden verschillen wat betreft sociodemografische en verliesgerelateerde kenmerken en het gebruik van co-interventies tijdens deelname aan de studie, zouden deze variabelen als covariaten worden opgenomen in de multilevel analyses.

Transparantie en openheid We hebben gerapporteerd hoe de steekproefgrootte is bepaald, en welke data-exclusies, manipulaties en meetinstrumenten we in de studie hebben gebruikt. Daarnaast hebben we voldaan aan de richtlijnen voor het rapporteren van (gerandomiseerde) gecontroleerde studies volgens de Consolidated Standards of Reporting Trials (Schulz et al., 2010). Het behandelprotocol is beschikbaar via het Open Science Framework (z.d.). Gepseudonimiseerde data, syntax en een codeboek kunnen worden opgevraagd door contact op te nemen met de eerste auteur. Deze studie is geregistreerd in het Landelijk Trial Register (NL9485) en een studieprotocol is gepubliceerd (Reitsma et al., 2021).

Resultaten

Figuur 3 illustreert de stroom van deelnemers in de studie. Data van 64 deelnemers waren beschikbaar die in deel 1 van de studie de onbegeleide online CGT hadden doorlopen. Deze groep diende als controlegroep in de huidige studie. In totaal hadden 75 mensen zich aangemeld voor deel 2 van de studie en T1 voltooid. Hiervan kwamen 8 mensen (10,7%) niet in aanmerking voor deelname, omdat zij geen klinische relevante PRS-, PTSS- en depressiesymptomen vertoonden ($n = 7$) of omdat de overleden dierbare vóór het begin van de COVID-19-pandemie was overleden ($n = 1$). Er zijn 67 mensen gestart met de begeleide online CGT. De meeste deelnemers (91,0%) werden geworven via meldingen op (sociale)mediakanalen.



Figuur 3 Stroom van deelnemers

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. De stippellijn geeft aan dat deelnemers niet actief aan de conditie werden toegewezen. De onbegeleide online-CGT-groep bestond uit alle deelnemers uit deel 1 van de studie, die in de huidige studie dienden als controlegroep.

Tabel 1 toont de karakteristieken van de steekproef voor de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep, de onbegeleide online-CGT-groep en de totale steekproef. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen met betrekking tot sociodemografische en verliesgerela-

teerde karakteristieken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling, behalve voor de variabele 'aantal maanden sinds het verlies' (zie tabel 4 in de appendix). Deelnemers in de begeleide online-CGT-groep hadden hun dierbare(n) significant langer geleden verloren ($M = 14,33$; $SD = 8,06$) vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep ($M = 7,09$; $SD = 2,13$; $U = -5,64$; $p < 0,001$). Daarom werd 'aantal maanden sinds het verlies' als covariaat meegenomen in de multilevel analyses.

Achttien van de 67 deelnemers (26,9%) zijn uitgevallen tijdens de begeleide online CGT en 26 van de 64 deelnemers (40,6%) zijn uitgevallen tijdens de onbegeleide online CGT. Dit resulteert in een totaal uitvalpercentage tijdens de behandeling van 33,6% (44 van de 131 deelnemers). Het verschil in uitvalpercentage tussen de twee groepen was niet significant ($\chi^2(1, N = 131) = 2,78$; $p = 0,096$). De redenen voor uitval zijn weergegeven in figuur 3. Er zijn op T2 en T3 geen significante verschillen gevonden tussen completers en non-completers wat betreft socio-demografische en verliesgerelateerde karakteristieken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling, behalve voor het aantal maanden sinds verlies (zie tabel 5 in de appendix).

Behandeluitkomsten De modellen waarin tijd gecodeerd was als dummy-variabele pasten significant beter dan de modellen waarin tijd als lineaire voorspeller werd opgenomen (PRS $\Delta AIC = 88,63$; PTSS $\Delta AIC = 54,24$; depressie $\Delta AIC = 15,97$). De modellen waarin tijd als dummyvariabele was gecodeerd zijn daarom behouden. Modellen met random slopes convergeerden niet. Om deze reden zijn random slopes niet meegenomen in de modellen.

Voor PRS-symptomen verbeterde het model significant toen de interactie-effecten (dat wil zeggen: tijd*conditie) werden toegevoegd, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten voor aantal maanden sinds verlies, tijd en conditie ($\Delta\chi^2(2) = 19,57$; $p < 0,001$). Beide interactietermen waren significant. Een middelgroot effect werd gevonden voor T1 versus T2 ($d = -0,62$) en een klein effect werd gevonden voor T1 versus T3 ($d = -0,41$). Dit betekent dat de afname van PRS-symptomen groter was bij mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep. Tabel 2 geeft de within-group en between-group effectgrootten weer voor beide condities voor alle uitkomsten. Tabel 3 toont de parameterschattingen voor alle uitkomsten. In tabel 6 in de appendix staan de waargenomen gemiddelden en standaardafwijkingen weergegeven voor alle uitkomsten op T1, T2 en T3.

Voor PTSS-symptomen verbeterde het model significant toen tijd*conditie-effecten werden toegevoegd, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten ($\Delta\chi^2(2) = 11,73$; $p < 0,005$). Beide interactietermen waren significant. Een middelgroot effect werd gevonden voor T1 versus T2 ($d = -0,50$) en een klein effect werd gevonden voor T1 versus T3 ($d = -0,39$).

Tabel 1 Karakteristieken van de steekproef, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling (N = 131)

Karakteristiek	Behandelconditie					
	Totale steekproef (N = 131)		Begeleide on- line CGT (N = 67)		Onbegeleide online CGT (N = 64)	
Gender, N (%)						
Vrouw	110	(84,0)	56	(83,6)	54	(84,4)
Man	21	(16,0)	11	(16,4)	10	(15,6)
Opleidingsniveau, N (%)						
Hbo/universiteit	70	(53,4)	36	(53,7)	34	(53,1)
< Hbo/universiteit	61	(46,6)	31	(46,3)	30	(46,9)
Leeftijd (in jaren), M (SD)	52,84	(14,43)	51,45	(15,94)	54,30	(12,61)
Aantal maanden sinds verlies, M (SD)	10,79	(6,95)	14,33	(8,06)	7,09	(2,13)
3 tot 6 maanden, N (%)	27	(20,6)	10	(14,9)	17	(26,6)
≥ 6 tot 12 maanden, N (%)	69	(52,7)	23	(34,3)	46	(71,9)
≥ 12 maanden, N (%)	35	(26,7)	34	(50,7)	1	(1,6)
De overledene is ..., N (%)						
Partner/kind	63	(48,1)	36	(53,7)	27	(42,2)
Anders	68	(51,9)	31	(46,3)	37	(57,8)
Aantal verliezen tijdens pandemie, N (%)						
Eén	90	(68,7)	46	(68,7)	44	(68,8)
Meerdere	41	(31,3)	21	(31,3)	20	(31,2)
Doodsoorzaak, N (%)						
Ziekte (niet door COVID-19)	82	(62,6)	43	(64,2)	39	(60,9)
COVID-19	33	(25,2)	17	(25,4)	16	(25,0)
Anders	16	(12,2)	7	(10,4)	9	(14,1)
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3, N ^a (%)						
Ja	13	(85,1)	9	(18,4)	4	(10,5)
Nee	74	(14,9)	40	(81,6)	34	(89,5)
Symptoomniveaus op T1, M (SD)						
PRS	35,06	(6,16)	35,72	(4,88)	34,37	(7,23)
PTSS	34,92	(12,64)	35,78	(12,05)	34,03	(13,27)
Depressie	13,41	(4,86)	14,09	(5,08)	12,70	(4,54)

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende rouwstoornis; PTSS = posttraumatische stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. ^a N = 87

Dit betekent dat de afname van PTSS-symptomen groter was bij mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep.

Voor depressiesymptomen verbeterde het model niet significant door het toevoegen van tijd*conditie-effecten, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten ($\Delta\chi^2(2) = 2,20; p > 0,100$). Beide interactietermen waren niet significant. Dit geeft aan dat er geen significante verschillen waren in de afname van depressiesymptomen tussen mensen in de begeleide versus onbegeleide online-CGT-groep.

Tabel 2 Within-group en between-group effectgrootten (Cohens *d*) voor de intention-to-treat steekproef (*N* = 131)

	Onbegeleide online CGT within-group effectgrootten	Begeleide online CGT within-group effectgrootten	Between-group effectgrootten met onbegeleide online CGT als referentie- groep
PRS-symptomen			
T1 vs. T2	-1,29***	-1,85***	-0,62***
T1 vs. T3	-1,54***	-1,98***	-0,41**
PTSS-symptomen			
T1 vs. T2	-1,17***	-1,53***	-0,50**
T1 vs. T3	-1,49***	-1,75***	-0,39*
Depressiesymptomen			
T1 vs. T2	-0,99***	-1,06***	-0,19
T1 vs. T3	-1,44***	-1,52***	-0,23

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. * $p < 0,050$; ** $p < 0,010$; *** $p < 0,001$

In de begeleide online CGT-conditie maakten 9 van de 67 deelnemers (13,4%) gebruik van gelijktijdige professionele psychologische co-interventie tussen T1 en T2, en maakten 5 deelnemers (7,5%) daar gebruik van tussen T2 en T3. In de onbegeleide online-CGT-conditie maakten 3 deelnemers (4,7%) gebruik van gelijktijdige professionele psychologische co-interventie tussen T1 en T2, en maakten 3 deelnemers (4,7%) daar gebruik van tussen T2 en T3. Het gebruik van psychologische (co-)interventie tussen T1 en T3 werd als covariaat opgenomen in aanvullende modellen. Dit had geen significante impact op de effecten (zie tabel 7 in de appendix).

Tabel 3 Parameterschattingen voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voor de intention-to-treat steekproef (N = 131)

	PRS				PTSS				Depressie			
	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI
Intercept	35,81	0,97	< 0,001	[33,89; 37,72]	33,09	1,83	< 0,001	[29,47; 36,70]	12,73	0,74	< 0,001	[11,27; 14,20]
Maanden sinds verlies	-0,20	0,08	0,019	[-0,37; 0,03]	0,13	0,16	0,401	[-0,18; 0,45]	-0,00	0,06	0,950	[-0,13; 0,12]
T1 vs. T2	-7,85	0,64	< 0,001	[-9,12; -6,58]	-13,91	1,42	< 0,001	[-16,71; -11,10]	-4,54	0,59	< 0,001	[-5,71; -3,36]
T2 vs. T3	-9,79	0,67	< 0,001	[-11,10; -8,48]	-17,96	1,47	< 0,001	[-20,86; -15,05]	-6,37	0,62	< 0,001	[-7,59; -5,15]
Conditie	2,80	1,22	0,024	[0,38; 5,22]	0,78	2,32	0,737	[-3,80; 5,36]	1,42	0,94	0,135	[-0,45; 3,28]
T1 vs. T2 * Conditie	-3,83	0,86	< 0,001	[-5,52; -2,14]	-6,32	1,90	0,001	[-10,06; -2,58]	-0,93	0,80	0,244	[-2,50; 0,64]
T2 vs. T3 * Conditie	-2,55	0,88	0,004	[-4,28; -0,82]	-4,88	1,94	0,013	[-8,72; -1,04]	-1,12	0,82	0,175	[-2,74; 0,50]

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. Conditie is gecodeerd als: 0 = ongeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT.

Klinisch relevante veranderingen

Primaire uitkomstmaat — In de begeleide online-CGT-groep rapporteerde 71,4% van de deelnemers klinisch relevante verminderingen in PRS-symptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerde 76,6% van de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PRS-symptomen. Er waren geen negatieve effecten (dat wil zeggen: klinisch relevante verslechtingen van symptomen) in de begeleide online-CGT-groep. In de onbegeleide online-CGT-groep rapporteerde 42,1% van de mensen klinisch relevante verminderingen in PRS-symptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerde 52,9% van de deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PRS-symptomen. Er waren geen negatieve effecten in de onbegeleide online-CGT-groep.

Van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling waren de percentages van deelnemers die klinisch relevante verminderingen rapporteerden in PRS-symptomen ($\chi^2(1) = 6,94; p = 0,008$) hoger voor mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep. Ook van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling waren de percentages mensen met klinisch relevante verbeteringen in PRS-symptomen ($\chi^2(1) = 7,20; p = 0,007$) hoger voor de mensen in de begeleide online-CGT-groep dan in de onbegeleide online-CGT-groep.

Secundaire uitkomstmaten — In de begeleide online-CGT-groep rapporteerden 73,5% en 26,5% van de deelnemers klinisch relevante verminderingen in respectievelijk PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerden respectievelijk 78,7% en 48,9% van de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PTSS- en depressiesymptomen. Er waren geen negatieve effecten in de begeleide online-CGT-groep. In de onbegeleide online-CGT-groep rapporteerden respectievelijk 42,1% en 18,4% van de mensen klinisch relevante verminderingen in PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerden respectievelijk 58,8% en 41,2% van de deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PTSS- en depressiesymptomen. Eén deelnemer (2,9%) uit de onbegeleide online-CGT-groep had een klinisch relevante verslechting van depressiesymptomen van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling.

Van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling waren de percentages van deelnemers die klinisch relevante verminderingen rapporteerden in PTSS-symptomen ($\chi^2(1) = 8,06; p = 0,005$) hoger voor mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep, maar niet voor depressie ($\chi^2(1) = 0,80; p = 0,373$). Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling waren er geen significante verschillen in

de percentages mensen met klinisch relevante verbeteringen voor PTSS-symptomen ($\chi^2(1) = 3,75; p = 0,053$) en depressiesymptomen ($\chi^2(1) = 0,33; p = 0,565$).

Discussie

In deze gecontroleerde studie is de effectiviteit van een rouwgerichte therapeutisch begeleide online CGT vergeleken met een onbegeleide online CGT in het verlichten van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressieklachten bij volwassenen die tijdens de COVID-19-pandemie een dierbare waren verloren. Deze studie is een van de grootste gecontroleerde studies naar de effecten van online rouwgerichte CGT en de eerste studie die twee actieve online behandelingen, bestaande uit drie CGT-elementen, met elkaar vergelijkt.

Een eerste bevinding was dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT leidde tot significante en grote verminderingen in de ernst van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen van voorafgaand tot direct na behandeling. Deze bevinding is in overeenstemming met eerdere onderzoeken, die aantonen dat rouwgerichte op CGT gebaseerde online behandelingen effectief zijn bij persisterende rouw, PTSS en depressie na verlies (Dominguez-Rodriguez et al., 2023; Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Trembl et al., 2021; van der Houwen et al., 2010; Wagner et al., 2006, 2022). In deel 1 van deze studie vonden we dat onbegeleide online CGT resulteerde in middelgrote tot grote effecten vergeleken met een wachtlijstconditie (Reitsma et al., 2023). Dit sluit uit dat deze veranderingen uitsluitend toe te schrijven zijn aan het verstrijken van de tijd. Van voorafgaand aan de behandeling tot 6 maanden na de behandeling werden de effecten nog groter. Dit laat zien dat de behandel-effecten na verloop van tijd niet alleen aanhielden, maar zelfs toenamen. Het lijkt erop dat mensen hun verkregen vaardigheden om met het verlies om te gaan verder hebben kunnen ontwikkelen.

Onze tweede bevinding was dat, in vergelijking met de onbegeleide online CGT, begeleide online CGT tot significant grotere verminderingen in vroege persisterende-rouw- en PTSS-symptomen leidde, direct na en 6 maanden na de behandeling. De effectgrootten waren middelgroot (direct na de behandeling) en klein (6 maanden na de behandeling) voor vergelijkingen tussen de twee groepen. Deze bevindingen komen overeen met literatuur buiten de context van rouwonderzoek, waaruit blijkt dat de grootste behandel-effecten worden behaald bij online behandelingen onder begeleiding van een therapeut, in vergelijking met behandelingen met minimale of zonder begeleiding (Andersson et al., 2009). Dit is de eerste studie die de effectiviteit van begeleide en onbegeleide rouwgerichte online CGT direct met elkaar heeft vergeleken. In lijn met eerdere studies (Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023) vonden we dat *within-group* effecten het

grootst waren voor vroege persisterende rouw. In tegenstelling tot onze verwachting leidde begeleide online CGT niet tot grotere effecten in het verminderen van depressiesymptomen direct na en 6 maanden na behandeling, vergeleken met onbegeleide online CGT. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat op CGT gebaseerde online behandelingen weliswaar grotendeels effectief zijn in het verlichten van persisterende-rouw- en PTSS-symptomen, maar dat de impact ervan op depressiesymptomen relatief lager en minder evident lijkt te zijn (Komischke-Konnerup et al., 2024; Wagner et al., 2020).

De studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste was het totale uitvalpercentage in onze studie (34%) hoger dan het verwachte uitvalpercentage van 19%, dat gebaseerd was op eerder onderzoek bij face-to-face rouwbehandelingen (Currier et al., 2010). Hoewel het uitvalpercentage in de begeleide online-CGT-groep (27%) lager was dan in de onbegeleide online-CGT-groep (41%), was dit verschil statistisch niet significant. Het uitvalpercentage in onze studie komt echter overeen met het gemiddelde uitvalpercentage van 27% in andere onderzoeken naar online rouwgerichte CGT (Wagner et al., 2020). Twee van de redenen voor uitval tijdens de begeleide online CGT waren de beperkte beschikbaarheid van de therapeut ($n = 3$) en een gebrek aan motivatie voor behandeling ($n = 3$). Toekomstig onderzoek zou de effectiviteit van de huidige online CGT verder kunnen evalueren door synchrone online therapeutische begeleiding toe te voegen. Het toevoegen van synchrone begeleiding aan online CGT kan het uitvalpercentage mogelijk verder verlagen (Melville et al., 2010). Dit zal ook een directe vergelijking mogelijk maken tussen de effectiviteit van online CGT en *blended* CGT in het verminderen van persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen. Een gerelateerde beperking is dat niet gecontroleerd is hoeveel tijd er precies is besteed aan therapeutische begeleiding. Hoewel de therapeuten expliciet waren geïnstrueerd om wekelijks ongeveer 30 minuten per deelnemer te besteden aan therapeutische begeleiding, is dit niet in kaart gebracht. Hierdoor kan er mogelijk variatie zijn ontstaan in de hoeveelheid therapeutische begeleiding. In vervolgonderzoek zou die variatie zoveel mogelijk beperkt moeten worden.

Ten tweede werden de deelnemers niet willekeurig toegewezen aan ofwel de begeleide ofwel de onbegeleide online-CGT-groep. Dit heeft geleid tot verschillen tussen de twee groepen in het aantal maanden sinds het verlies. Echter, hoewel we een verschil vonden in het aantal maanden sinds het verlies, bleek dit geen significante covariaat te zijn in het model. Mogelijk zijn er ook verschillen tussen de twee groepen op andere variabelen, zoals blootstelling aan COVID-19-stressoren (bijvoorbeeld in gelegenheid voor rouwrituelen of (fysieke) sociale steun vanwege COVID-19-beperkingen). Potentiële moderatoren van behandel-effecten, zoals blootstelling aan COVID-19-stressoren, zijn niet onderzocht. Toekomstig onderzoek zou potentiële moderatoren van behandel-effecten kunnen evalueren om therapeutische verandering beter te verklaren.

Ten derde kan de wervingsmethode in deze studie hebben bijgedragen aan lagere behandelresultaten. Onderzoek toont aan dat behandelresultaten lager zijn wanneer een *outreach* wervingsmethode wordt gebruikt, vergeleken met een naturalistische setting, waarin nabestaanden met persisterende rouwsymptomen normaliter behandeling zoeken (Schut et al., 2001). Voorzichtigheid is daarom geboden bij het generaliseren van de resultaten naar een klinische populatie.

Ten vierde werden de interviews afgenomen door de eerste auteur. Dit betekent dat de interviews niet zijn uitgevoerd door een geblindeerde en onafhankelijke interviewer, wat mogelijk tot bias heeft geleid. Desondanks heeft het uitvoeren van interviews meerdere voordelen ten opzichte van zelfrapportagevragenlijsten, zoals een meer nauwkeurige schatting van de ernst van symptomen (Shevlin et al., 2024).

Tot slot vertoonde de steekproef een oververtegenwoordiging van vrouwen (84%), wat de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar mannen beperkt. Dit komt echter vaak voor in rouwonderzoek (Johannsen et al., 2019). Daarnaast suggereert een recente meta-analyse dat rouwgerichte CGT even effectief lijkt te zijn voor mannen als voor vrouwen (Komischke-Konnerup et al., 2024). Niettemin wordt aanbevolen dat toekomstig onderzoek de bevindingen repliceert met een meer gender-gebalanceerde steekproef.

Ondanks haar beperkingen was dit de eerste studie die, in vergelijking met ongebeleide online CGT, de korte- en langetermijneffectiviteit heeft onderzocht van therapeutisch begeleide online CGT voor vroege persisterende rouw-, PTSS- en depressiesymptomen bij volwassenen die een dierbare verloren tijdens de pandemie. Zowel begeleide als ongebeleide online CGT blijken veelbelovende behandelingen te zijn voor mensen met verhoogde symptomen van persisterende rouw, PTSS en depressie na een verlies tijdens de pandemie. Hoewel verdere evaluatie van de online CGT noodzakelijk is, tonen de bevindingen aan dat online CGT mentale gezondheidsproblemen die nabestaanden ervaren kan verlichten. De grotere effecten van begeleide online CGT voor vroege persisterende rouw en PTSS bevestigen de additionele effecten van therapeutische begeleiding in de behandeling, terwijl deze effecten niet werden gevonden voor depressie. Bovendien kan de laagdrempelige benadering van online CGT barrières voor rouwzorg doorbreken, met name in perioden wanneer zorgsystemen overbelast zijn, zoals tijdens de COVID-19-pandemie en de directe nasleep ervan. Concluderend toont deze studie aan dat online behandelingen een waardevolle aanvulling kunnen zijn op face-to-facetherapie.

Klinische implicaties Op basis van de bevindingen van deze studie kunnen verschillende klinische implicaties worden geformuleerd. Online CGT na verlies zou binnen een *stepped-care* benadering kunnen worden aanbevolen om rouwgerelateerde klachten te verminderen bij mensen die na een verlies vastlopen in het rouwproces (de Keijser et al., 2023). Vooral ongebeleide online CGT kan eenvoudig als eerste stap in de zorg voor nabestaan-

den worden ingezet, wat kan helpen om de lange wachtlijsten in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg te overbruggen. Bovendien kan deze laagdrempelige vorm van behandeling het voor nabestaanden gemakkelijker maken om hulp te zoeken. Online CGT biedt ook praktische voordelen, zoals het vermijden van vervoersproblemen, het flexibeler inplannen van sessies en verhoging van kosteneffectiviteit, waardoor geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt voor mensen die behoefte hebben aan professionele ondersteuning bij rouwverwerking. Verder kan online CGT bijdragen aan het verminderen van het stigma rondom psychologische hulp, waardoor de drempel om behandeling te zoeken lager wordt. Onbegeleide online CGT is schaalbaar, eenvoudig toegankelijk en beschikbaar in Therapieland. Voor meer informatie over de behandeling, zie de website van Fonds Slachtofferhulp (z.d.). Gezien het grotere effect van begeleide online CGT ten opzichte van onbegeleide online CGT, is het raadzaam om de begeleide variant te gebruiken voor mensen die professionele hulp nodig hebben bij het verwerken van het overlijden van hun dierbare. Desondanks zijn beide vroege online-CGT-behandelingen effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten voor nabestaanden tijdens de pandemie.

Appendix

Tabel 4 Resultaten van het toetsen van verschillen in sociodemografische en verliesgerelateerde karakteristieken, gebruik van co-interventie, en T1 PRS-, PTSS- en depressiesymptomen tussen de begeleide versus onbegeleide online CGT op T1 (N = 131)

Karakteristiek	Toets	p-waarde
Gender (man vs. vrouw)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,02$	0,902
Opleidingsniveau (hbo/universiteit vs. < hbo/universiteit)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,01$	0,945
Leeftijd (in jaren)	$U = -0,58$	0,563
Aantal maanden sinds verlies	$U = -5,64$	< 0,001
Relatie tot de overledene (partner/kind vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 1,75$	0,186
Aantal verliezen tijdens de pandemie (één vs. meerdere)	$\chi^2(1, N = 131) = < 0,01$	0,991
Doodsoorzaak (ziekte vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,15$	0,702
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3	$\chi^2(1, N = 87) = 1,04$	0,309
Symptoomniveaus op T1:		
PRS	$U = -0,86$	0,391
PTSS	$t(129) = -0,79$	0,432
Depressie	$t(129) = -1,65$	0,102

Noot. PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 5 Resultaten van het toetsen van verschillen in sociodemografische en verliesgerelateerde karakteristieken, gebruik van co-interventie, en T1 PRS-, PTSS- en depressiesymptomen tussen completers versus non-completers (N = 131)

Karakteristiek	Verschillen tussen completers en non-completers op T2		Verschillen tussen completers en non-completers op T3	
	Toets	p-waarde	Toets	p-waarde
Gender (man vs. vrouw)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,23$	0,633	$\chi^2(1, N = 131) = < 0,01$	0,979
Opleidingsniveau (hbo/universiteit vs. < hbo/universiteit)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,856	$\chi^2(1, N = 131) = 0,31$	0,575
Leeftijd (in jaren)	$U = -0,78$	0,437	$t(129) = -0,36$	0,719
Aantal maanden sinds verlies	$U = -3,01$	0,002	$U = -2,01$	0,045
Relatie tot de overledene (partner/kind vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,19$	0,667	$\chi^2(1, N = 131) = 0,64$	0,424
Aantal verliezen tijdens de pandemie (één vs. meerdere)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,50$	0,480	$\chi^2(1, N = 131) = 0,50$	0,480
Doodsoorzaak (ziekte vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,861	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,861
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3				0,585
Symptoomniveaus op T1:				
PRS	$t(73) = -0,84$	0,405	$U = -0,12$	0,907
PTSS	$t(129) = -0,55$	0,584	$t(129) = 0,08$	0,938
Depressie	$t(129) = -0,54$	0,592	$t(129) = 0,34$	0,737

Noot. PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 6 *Geobserveerde gemiddelden en standaarddeviaties van symptoommetingen per conditie op T1, T2 en T3*

	Onbegeleide online CGT	N	Begeleide online CGT	N
PRS-symptomen, M (SD)				
T1	34,38 (7,23)	64	35,72 (4,83)	67
T2	26,43 (7,77)	37	24,33 (4,63)	49
T3	24,91 (7,05)	34	23,55 (4,40)	47
PTSS-symptomen, M (SD)				
T1	34,03 (13,27)	64	35,78 (12,05)	67
T2	19,27 (11,95)	37	16,41 (10,58)	49
T3	15,24 (9,68)	34	13,60 (9,49)	47
Depressiesymptomen, M (SD)				
T1	12,70 (4,54)	64	14,09 (5,08)	67
T2	7,89 (4,87)	38	8,92 (4,60)	49
T3	5,68 (4,43)	34	6,70 (4,09)	47

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis;
PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling;
T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 7 Parameterschattingen voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voor de intention-to-treat steekproef (N = 131)

	PRS				PTSS				Depressie			
	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI
Intercept	35,77	1,23	< 0,001	[33,33; 38,22]	32,56	2,32	< 0,001	[27,97; 37,15]	12,51	0,94	< 0,001	[10,64; 14,38]
Maanden sinds verlies	-0,16	0,10	0,111	[-0,35; 0,04]	0,16	0,18	0,394	[-0,21; 0,52]	-0,00	0,07	0,966	[-0,14; 0,15]
Gebruik van co-interventie	-1,01	1,65	0,541	[-4,29; 2,27]	-4,16	3,03	0,173	[-10,19; 1,86]	-1,80	1,23	0,145	[-4,24; 0,63]
T1 vs. T2	-7,89	0,66	< 0,001	[-9,19; -6,60]	-13,67	1,46	< 0,001	[-16,56; -10,79]	-4,42	0,61	< 0,001	[-5,63; -3,21]
T2 vs. T3	-9,83	0,68	< 0,001	[-11,16; -8,49]	-17,72	1,51	< 0,001	[-20,69; -14,74]	-6,26	0,64	< 0,001	[-7,51; -5,00]
Conditie	2,92	1,48	0,050	[-0,00; 5,85]	2,83	2,79	0,313	[-2,69; 8,34]	2,31	1,13	0,044	[0,06; 4,55]
T1 vs. T2 * Conditie	-3,90	0,87	< 0,001	[-5,62; -2,19]	-6,88	1,94	0,001	[-10,70; -3,05]	-1,19	0,82	0,146	[-2,80; 0,42]
T2 vs. T3 * Conditie	-2,64	0,89	0,004	[-4,39; -0,88]	-5,44	1,98	0,007	[-9,36; -1,53]	-1,38	0,84	0,103	[-3,03; 0,28]

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. Conditie is gecodeerd als: 0 = onbegeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT.

De auteurs willen graag hun dank uitspreken aan de psychologen die therapeutische begeleiding hebben geboden, waardoor het uitvoeren van deze studie mogelijk is gemaakt. Daarnaast willen de auteurs alle deelnemers bedanken die hebben meegewerkt aan de studie.

Deze studie werd gefinancierd door Fonds Slachtofferhulp en het COVID-19 Fonds van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Er is geen sprake van financiële of niet-financiële belangenconflicten.

Lyanne Reitsma is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Paul Boelen is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, en aan ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

Elisa van Ee is werkzaam bij Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, 's-Hertogenbosch, en bij het Behavioural Science Institute, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit.

Jos de Keijser is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

Lonneke Lenferink is werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, bij de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, en bij de Sectie Psychologie, Gezondheid & Technologie, Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences, Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Lyanne Reitsma, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Afdeling Klinische Psychologie, Postbus 80140, 3508 TC, Utrecht. E-mail: l.reitsma@uu.nl

Summary

Therapist-guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after losses during the COVID-19 pandemic: A controlled trial

The loss of a loved one during the COVID-19 pandemic was considered a potentially traumatic loss, increasing the risk of prolonged grief. This controlled study examined the short- and long-term effects of guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy (CBT) on prolonged grief (PG), posttraumatic stress (PTS), and depression symptoms in people bereaved during the pandemic. Dutch adults ($N = 131$; 84% female) who lost a loved one ≥ 3 months prior were allocated to a therapist-guided ($n = 67$) or self-guided ($n = 64$) online CBT. Outcomes were measured using validated instruments through telephone interviews at baseline, immediately post-treatment, and six months post-treatment. Participants completed an 8-week online CBT. Multilevel analyses were performed. Both online CBTs were effective, but guided online CBT led to larger reductions in PG and PTS symptoms immediately post-treatment and at six-month post-treatment (but not depression). Early online CBT can effectively decrease grief-related distress in pandemic-bereaved people.

Keywords *prolonged grief, posttraumatic stress, depression, online treatment, COVID-19*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) text revision*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 55-60. <https://doi.org/10.1080/16506070902916400>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boelen, P. A., & Eisma, M. C. (2022). Cognitive behavior therapy for grief. In E. M. Steffen, E. Milman, & R. A. Neimeyer (Eds.), *The handbook of grief therapies* (pp. 111-120). Sage.
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56, 667-674. <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178, 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125, 374-378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2017). *Protocollaire behandeling van persisterende complexe rouwstoornis*. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (Boek 2, pp. 125-174). Boom.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olff, M. (2014). *PTSS Checklist voor de DSM-5 (PCL-5)*. Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37, 17-25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Breen, L. J. (2020). Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice*, 49. <https://doi.org/10.31128/ajgp-covid-20>
- Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 46, 43-52. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 67). Routledge Academic. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Currier, J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *Interna-*

- tional Journal of Cognitive Therapy*, 3, 77-93.
- de Keijser, J., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2023). *Handboek traumatische rouw* (Herziene editie). Boom.
- 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. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder 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>
- Dominguez-Rodriguez, A., Sanz-Gomez, S., González Ramírez, L. P., Herdoiza-Arroyo, P. E., Trevino García, L. E., de la Rosa-Gómez, A., González-Cantero, J. O., Macías-Aguinaga, V., & Miaja, M. (2023). The efficacy and usability of an unguided web-based grief intervention for adults who lost a loved one during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e43839. <https://doi.org/10.2196/43839>
- Downar, J., Parsons, H. A., Cohen, L., Bessner, E., Adeli, S., Gratton, V., Murphy, R., Warmels, G., Bruni, A., Bhimji, K., Dya-son, C., Enright, P., Desjardins, I., Wooller, K., Kabir, M., Noel, C., Heiding-er, B., Anderson, K., Arsénault-Mehta, K., Lapenskie, J., ... Lawlor, P. (2022). Bereavement outcomes in family members of those who died in acute care hospitals before and during the first wave of COVID-19: A cohort study. *Palliative Medicine*, 36, 1305-1312. <https://doi.org/10.1177/02692163221109711>
- Drucker, A., Levi-Belz, Y., & Hamdan, S. (2023). Depression, complicated grief, and suicide ideation following bereavement during the COVID-19 pandemic. *Omega*, 302228231186361. Advance on-line publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231186361>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J., & Stroebe, M. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Eisma, M. C., & Tammenga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Fonds Slachtofferhulp. (z.d.). *Rouwbehandeling*. Geraadpleegd op 18 april 2025 via <https://rouwbehandeling.nl>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated grief: What to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 489. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>
- Harrop, E., Medeiros Mirra, R., Goss, S., Longo, M., Byrne, A., Farnell, D. J. J., Seddon, K., Penny, A., Machin, L., Sivell, S., & Selmán, L. E. (2023). Prolonged grief during and beyond the pandemic: Factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 11, 1215881. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215881>
- IBM Corporation. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corporation.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lunderoff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

- Johns, L., Blackburn, P., & McAuliffe, D. (2020). COVID-19, prolonged grief disorder and the role of social work. *International Social Work*, 63, 660-664. <https://doi.org/10.1177/0020872820941032>
- Kaiser, J., Nagl, M., Hoffmann, R., Linde, K., & Kersting, A. (2022). Therapist-assisted web-based intervention for prolonged grief disorder after cancer bereavement: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 9, e27642. <https://doi.org/10.2196/27642>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 372-81. <https://doi.org/10.1159/000348713>
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma*, 12, S94-S95. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Marello, 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>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Report*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different trajectories of prolonged grief in bereaved family members after terror. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 545368. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.545368>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kustanti, C. Y., Jen, H. J., Chu, H., Liu, D., Chen, R., Lin, H. C., Chang, C. Y., Pien, L. C., Chiang, K. J., & Chou, K. R. (2023). Prevalence of grief symptoms and disorders in the time of COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 904-916. <https://doi.org/10.1111/inm.13136>
- Lenferink, L. I. M., & Boelen, P. A. (2023). DSM-5-TR prolonged grief disorder levels after natural, COVID-19, and unnatural loss during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 12, 100516. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100516>
- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Smid, G. E., Djelantik, A. A. A. M. J., & Boelen, P. A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: Latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1298311>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Buiters, M. Y., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2023). Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: A randomized waitlist-controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52, 508-522. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lenferink, L. I. M., Franzen, M., ten Klooster, P. M., Knaevelsrud, C., Boelen, P. A., & Heeke, C. (2023). The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: A psychometric evaluation of a new interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *Journal of Affective*

- Disorders*, 330, 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.006>
- Lenferink, L. I. M., van den Munckhof, M. J. A., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2021). DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: Confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*, 12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>
- Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., & Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>
- Margaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: A network analysis. *Psychological Medicine*, 48, 2439-2448. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001769>
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49, 455-471. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, loss, social isolation, and incomplete grief due to COVID-19: A recipe for a psychiatric pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11, 225-232. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 232, 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., & Guldin, M.-B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 672-679. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.009>
- Open Science Framework. (z.d.). *The mourning after COVID-19: Consequences and care following loss during the COVID-19 pandemic*. Geraadpleegd 18 april 2025 op <https://osf.io/6798d/>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2021). Online treatment of persistent complex bereavement disorder, posttraumatic stress disorder, and depression symptoms in people who lost loved ones during the COVID-19 pandemic: Study protocol for a randomized controlled trial and a controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1987687. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1987687>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2023). Self-guided online treatment of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression in adults bereaved during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 163, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104286>
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 340, c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-737). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-029>
- Shevlin, M., Hyland, P., Cloitre, M., Brewin, C., Martenskovskyi, D., Ben-Ezra, M., Bondjers, K., Karatzias, T., Duffy, M., & Redican, E. (2024). Assessing self-reported prolonged grief disorder with 'clinical checks': A proof of principle study. *Journal of Traumatic Stress*,

- 10.1002/jts.23100. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jts.23100>
- Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling* (2nd ed.). Sage.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Sveen, J., Bergh Johannesson, K., Cernvall, M., & Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLOS One*, 13, e0209757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>
- Trembl, J., Brähler, E., & Kersting, A. (2022). Prevalence, factor structure and correlates of DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 880380. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.880380>
- Trembl, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Differences in prevalence and diagnostic criteria. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1266132>
- Trembl, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1926650. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009>
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117, 17695-17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>
- von Blanckenburg, P., Seifart, C., Ramaswamy, A., Berthold, D., & Volberg, C. (2023). Prolonged grief in times of lockdown during the COVID-19 pandemic. *Omega*, 302228231182738. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231182738>
- Wagner, B., Hofmann, L., & Maas, U. (2022). A therapist-supported internet-based intervention for bereaved siblings: A randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 36, 1532-1543. <https://doi.org/10.1177/02692163221122344>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-53. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525>
- World Health Organization (WHO). (2018). *ICD-11: Prolonged Grief Disorder Criteria*. Geraadpleegd 12 mei 2025 op <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- World Health Organization (WHO). (2024). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=c>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>