



# Systematisch Literatuuroverzicht: Rouwtrajecten en hun Voorspellers

Julia Andrea Gast

Masterthese – Clinical Forensic Psychology and Victimology

S4362101  
maart 2025  
Vakgroep Psychologie  
Rijksuniversiteit Groningen  
Thesebegeleider: Maarten Eisma

Een masterthese is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de masterthese is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de masterthese is dan ook niet zonder meer geschikt om als academische bron te worden gebruikt om naar te verwijzen. Indien u meer wilt weten over het in deze masterthese besproken onderzoek en eventueel daarop gebaseerde publicaties, waarnaar u zou kunnen verwijzen, kunt u contact opnemen met de genoemde begeleider.

## Abstract

**Doel:** Dit systematische literatuuroverzicht brengt de meeste voorkomende rouwtrajecten en hun voorspellers in kaart, met als doel bij te dragen aan gerichte interventies, zodat nabestaanden met de grootste behoeften aan ondersteuning de juiste zorg ontvangen.

**Methode:** Op 18 oktober 2024 werd een systematische literatuurzoektocht uitgevoerd in PsycINFO, PubMed en Web of Science. Inclusiecriteria: artikelen na 1994, Engelstalig, *peer-reviewed*, kwantitatief, empirisch, longitudinaal en gericht op volwassen nabestaanden. Screening vond onafhankelijk plaats door twee studenten in *Covidence*.

**Resultaten:** Twaalf studies met 14 steekproeven werden geïnccludeerd, waarvan negen studies ook voorspellers hebben onderzocht. De gemiddelde steekproefgrootte was 439 nabestaanden (*range* 170-1138). Er werden twee tot vijf rouwtrajecten per studie geïdentificeerd. De meest voorkomende rouwtrajecten waren: ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (11/14;  $M = 8.9\%$ , *range* 3.8%-18.2%), ‘hoog, afnemend’ (11/14;  $M = 22.4\%$ , *range* 7%-48%), ‘laag, afnemend’ (10/14;  $M = 54.8\%$ , *range* 37%-83.5%) en ‘matig, afnemend’ (6/14;  $M = 24.4\%$ , *range* 11.9%-31.7%). Voorspellers vielen onder sociodemografische, verliesgerelateerde en psychologische factoren. Van de meest onderzochte voorspellers werd gender in twee van de negen studies significant bevonden, leeftijd in vier van de acht studies, opleidingsniveau in vijf van de zes studies, relatie met de overledene in vier van de zes studies en de doodsoorzaak in één van de drie studies.

**Conclusie:** Rouwtrajecten verlopen heterogeen en kunnen globaal worden onderverdeeld in veerkrachtige, herstellende, en chronische trajecten. Nabestaanden die vrouw zijn, jonger, lager opgeleid, het verlies van een kind of partner meemaken en te maken hebben met een onnatuurlijke doodsoorzaak kwamen vaker voor in trajecten met hogere rouwniveaus. Echter, sommige studies vonden geen significant effect. Inconsistenties in rouwtrajecten en voorspellers werden mede veroorzaakt door methodologische verschillen en de relatief kleine

effecten van voorspellers. Dit onderstreept de noodzaak voor verdere standaardisatie in meetinstrumenten en analysetechnieken en grootschalige onderzoeken.

**Trefwoorden:** literatuuroverzicht, longitudinaal, nabestaanden, persisterende rouwstoornis

## Abstract

**Objective:** This systematic literature review examines the most common grief trajectories and their predictors, aiming to contribute to targeted interventions, so that bereaved individuals with the greatest need for support receive appropriate care.

**Method:** On October 18, 2024, a systematic literature search was conducted in PsycINFO, PubMed, and Web of Science. Inclusion criteria: articles published after 1994, English-language, peer-reviewed, quantitative, empirical, longitudinal, and focused on adult bereaved individuals. Screening was conducted independently by two students in Covidence.

**Results:** Twelve studies with 14 samples were included, nine of which also examined predictors. The average sample size was 439 bereaved individuals (range 170–1138). Two to five grief trajectories were identified per study. The most common grief trajectories were: ‘high, not significantly increasing or decreasing’ (11/14;  $M = 8.9\%$ , range 3.8%–18.2%), ‘high, decreasing’ (11/14;  $M = 22.4\%$ , range 7%–48%), ‘low, decreasing’ (10/14;  $M = 54.8\%$ , range 37%–83.5%), and ‘moderate, decreasing’ (6/14;  $M = 24.4\%$ , range 11.9%–31.7%). Predictors included sociodemographic, loss-related, and psychological factors. Of the most studied predictors, gender was found to be significant in two of the nine studies, age in four of the eight studies, education level in five of the six studies, relationship with the deceased in four of the six studies and cause of death in one of the three studies.

**Conclusion:** Grief trajectories are heterogeneous and can be broadly classified into resilient, recovering, and chronic trajectories. Bereaved people who are female, younger, less educated, experience the loss of a child or partner and are dealing with an unnatural cause of death were more likely to be in trajectories with higher levels of grief. However, some studies found no significant effect. Inconsistencies in grief trajectories and predictors were partly caused by methodological differences and the relatively small effects of predictors. This underlines the

need for further standardization in measurement instruments and analysis techniques and large-scale studies.

**Keywords:** literature review, longitudinal, bereavement, prolonged grief disorder

## **Systematisch Literatuuroverzicht: Rouwtrajecten en hun Voorspellers**

Rouw is de prijs die we betalen om lief te hebben (Parkes & Prigerson, 2013). Hoewel dit geen formele definitie van rouw is, benadrukt het de diepgaande emotionele impact van verlies (Stroebe & Schut, 1999). Rouw omvat het geheel aan cognitieve, emotionele en gedragsmatige reacties op verlies (Stroebe et al., 2007). Binnen sommige theoretische kaders kunnen nabestaanden in de eerste periode na een verlies een vorm van acute rouw ervaren, wat wordt gekenmerkt door gevoelens van ongeloof en een intense gerichtheid op of een sterk verlangen naar de overledene. Daarnaast kunnen emoties zoals schuld, woede en schaamte aanwezig zijn. Volgens deze benadering kan acute rouw na enkele weken of maanden overgaan in geïntegreerde rouw, waarbij de mate van rouwernst afneemt en nabestaanden een manier vinden om met het verlies om te gaan en nieuwe doelen in het leven stellen (Zisook et al., 2014). Voor deze groep is er geen bewijs dat professionele behandeling of therapie nodig is (Jordan & Neimeyer, 2003) en interventie kan zelfs contraproductief werken wanneer nabestaanden op eigen kracht met het verlies van een dierbare omgaan (Kavanagh, 1990). Echter, niet alle nabestaanden herstellen vanzelf. Wanneer nabestaanden moeite hebben met het verwerkingsproces en steun van familie of vrienden niet beschikbaar is, kunnen lotgenotengroepen een waardevolle aanvulling zijn (Zisook & Shear, 2009).

Volgens deze benadering blijft bij een kleinere groep de overgang van acute rouw naar geïntegreerde rouw afwezig. De onderliggende processen raken verder gecompliceerd, waardoor de mate van rouwernst niet afneemt, maar juist heviger en langduriger aanhoudt. Dit geldt vooral bij ingrijpende verliezen, zoals het overlijden van een kind (McDaid et al., 2008) en onnatuurlijk doodsoorzaken (Rynearson et al., 2002). Deze vorm van ernstige aanhoudende rouw wordt ook wel persisterende rouw genoemd. De diagnose persisterende rouwstoornis (PRS) is een stoornis die gekenmerkt wordt door dergelijke rouwreacties, die sinds kort officieel is erkend en opgenomen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR, American Psychiatric Association [APA], 2022). PRS wordt gekenmerkt door een intens verlangen naar de overledene of cognitieve preoccupatie met de omstandigheden rondom de dood. Daarnaast moet er sprake zijn van ten minste drie van de volgende acht additionele symptomen: identiteitsverstoring, ongelooft, vermijden van herinneringen, intense emotionele pijn, moeilijkheden met re-integratie, emotionele gevoelloosheid, gevoel dat het leven zinloos is en intense eenzaamheid. PRS wordt gediagnosticeerd als de klachten langer dan een jaar na overlijden aanhouden en het dagelijks functioneren aanzienlijk belemmeren, zoals in werk, sociale relaties of zelfzorg. Hierbij spelen sociale, culturele en religieuze normen een rol, zoals de mate van sociale acceptatie van openlijk rouwen, rouwen in een collectivistische versus een individualistische cultuur en de overtuiging over wat er na de dood met een persoon gebeurt. Voor nabestaanden met een persisterende rouwstoornis blijkt cognitieve gedragstherapie het meest effectief te zijn (Doering & Eisma, 2016; Reitsma et al., 2023).

Om inzicht te krijgen naar het beloop van rouw zijn er longitudinale studies uitgevoerd. Deze studies zullen in dit overzicht worden besproken. Om de belopen te identificeren worden voornamelijk latente groeimodellen gebruikt. Een voorloper op deze studies is Bonanno, die zich richtte op reacties op uiteenlopende stressvolle levensgebeurtenissen, waaronder het verlies van een dierbare. Op basis van meerdere studies (Bonanno et al., 2002; Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2006) trok hij conclusies over het beloop van psychische klachten na degelijke gebeurtenissen. In 2004 onderscheidde hij vier trajecten van psychische klachten waarin mensen na een stressvolle levensgebeurtenis kunnen belanden: het veerkrachtige traject, het herstellende traject, het vertraagde traject en het chronische traject. Veerkracht verwijst naar mensen die, ondanks blootstelling aan een stressvolle gebeurtenis, geen ernstige psychische klachten ontwikkelen en stabiel en gezond blijven functioneren. Herstel beschrijft een traject waarbij het normale functioneren tijdelijk wordt verstoord door

psychische klachten, maar na verloop van tijd herstelt de persoon en keert weer terug naar zijn oorspronkelijke niveau van functioneren. Een vertraagde reactie treedt op wanneer iemand aanvankelijk weinig tot geen psychische klachten ervaart, maar deze klachten ontwikkelen zich later en belemmeren het normale functioneren. Chronische klachten zijn ernstige psychische klachten die iemand onmiddellijk na een stressvolle gebeurtenis ontwikkelt. De klachten houden langdurend aan en verstoren het normale functioneren. Deze trajecten bieden een nuttig kader voor het begrijpen van de uiteenlopende reacties op het verlies van een dierbare wanneer dit wordt ervaren als een stressvolle levensgebeurtenis.

Deze vier trajecten worden niet consistent in de literatuur teruggevonden met betrekking tot rouw. Zo identificeerde een empirisch onderzoek onder 172 nabestaanden, gevolgd tot 43 maanden na het overlijden, slechts twee rouwtrajecten: een mild en een chronisch rouwtraject (Lenferink et al., 2018). Een ander empirisch onderzoek, dat 170 nabestaanden tot zes jaar na het overlijden volgde, vond geen aanwijzingen voor een vertraagd rouwtraject, maar bevestigde wel de andere drie rouwtrajecten (Sveen et al., 2018). Daarnaast identificeerde een ander empirische studie met een steekproef van 1138 nabestaanden, gevolgd tot drie jaar na het overlijden, naast de vier genoemde rouwtrajecten ook een vijfde rouwtraject, een verlaat rouwtraject (Nielsen et al., 2019). Dit wijst op complexiteit en individualiteit van het rouwproces en illustreert dat het beloop van rouwtrajecten wellicht anders verloopt dan andere psychische klachten.

Door in kaart te brengen welke voorspellers zijn onderzocht en een significante rol spelen bij verschillende rouwtrajecten, wordt duidelijk welke variabelen het rouwproces mogelijk beïnvloeden en hoe nabestaanden gericht en effectiever kunnen worden ondersteund. Er zijn verscheidene studies die onderzoek hebben gedaan naar voorspellers van rouwtrajecten. Deze voorspellers kunnen zowel sociodemografische en verliesgerelateerde variabelen als psychologische variabelen zijn. Een empirische studie die gender als voorspeller van

rouwtrajecten heeft meegenomen vond dat vrouwen een grotere kans hebben om een chronisch of herstellend rouwtraject te doorlopen dan een veerkrachtig rouwtraject in vergelijking met mannen (Sveen et al., 2018). Een andere empirische studie die de relatie met de overledene als voorspeller voor rouwtrajecten onderzocht, vond dat het verlies van een kind een significante voorspeller is van een chronisch stabiel rouwtraject, in vergelijking met de overige rouwtrajecten waarin nabestaanden een verbetering van de mate van rouwernst laten zien (Smith & Ehlers, 2020).

Het doel van dit literatuuroverzicht is om inzicht te bieden in de verschillende rouwtrajecten en de voorspellers daarvan. Deze doelstelling leidt tot de formulering van de onderzoeksvragen. Voor dit systematisch literatuuroverzicht zijn er twee onderzoeksvragen opgesteld: Welke rouwtrajecten worden in de literatuur geïdentificeerd? En welke variabelen voorspellen deze rouwtrajecten? Hierbij wordt in kaart gebracht hoe vaak bepaalde rouwtrajecten voorkomen en hoe groot de groepen nabestaanden in de rouwtrajecten zijn. De verwachting is dat het rouwtraject veerkracht het vaakst voorkomt in de literatuur, in lijn met een meta-analyse over psychische klachten (Galatzer-Levy et al., 2018) en een empirische studie naar rouwtrajecten (Lenferink et al., 2018). Door dit inzicht kunnen zorgverleners effectiever ingrijpen en ondersteuning bieden dat is afgestemd op de behoeften van nabestaanden. Ook kan tijdig worden ingespeeld op mogelijke problemen, zoals het risico op persisterende rouw, hetgeen de geestelijke gezondheid en het welzijn van nabestaanden mogelijk kan verbeteren.

## **Methode**

### **Preregistratie**

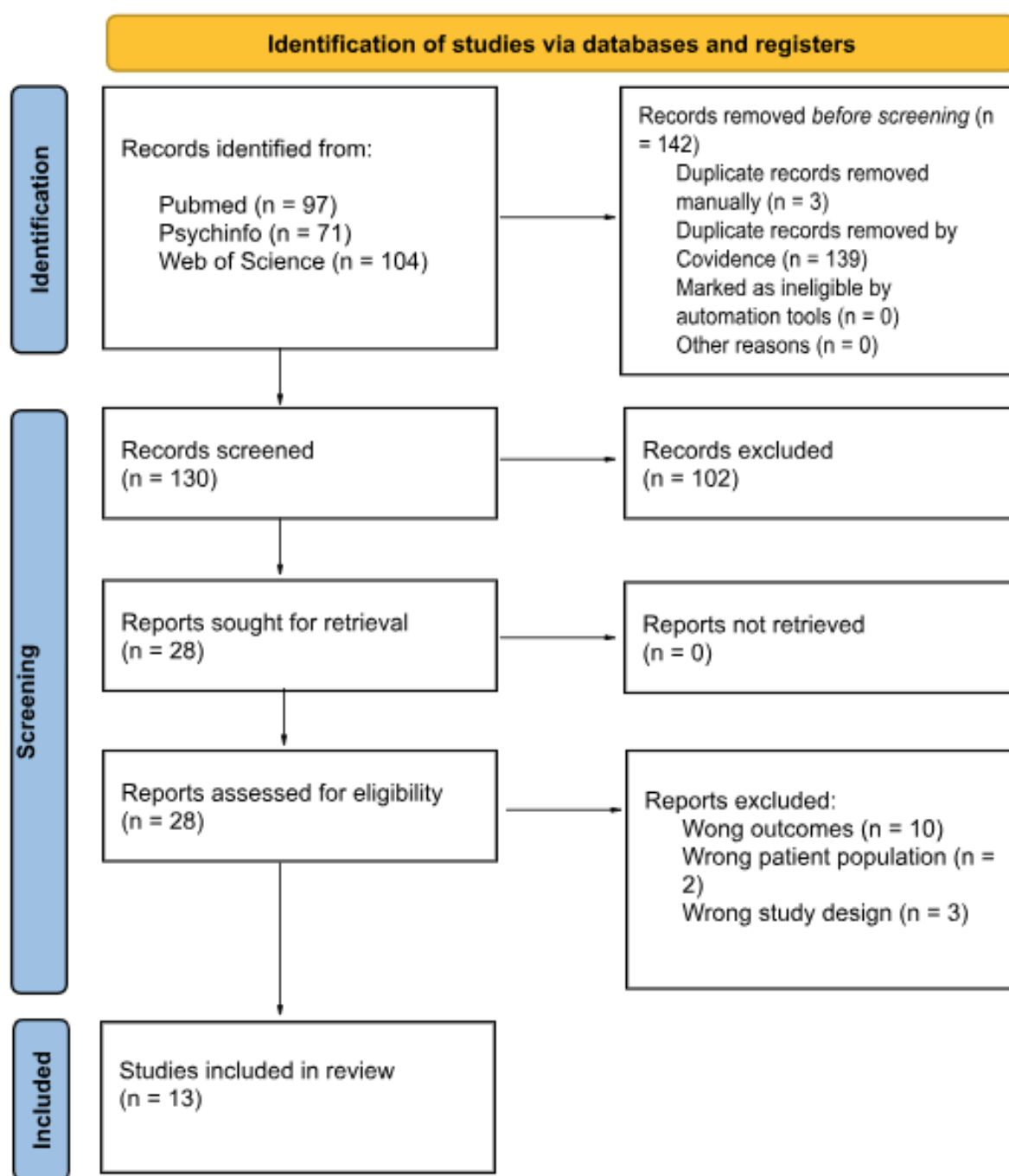
Dit systematisch literatuuroverzicht was gepreregistreerd bij internationaal register van systematische literatuuroverzichten PROSPERO onder registratienummer CRD42024601883 ([https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42024601883](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42024601883)).

## Zoekstrategie

Artikelen zijn geselecteerd aan de hand van een zoekstrategie voor de databases PsycINFO, PubMed en Web of Science. De volgende zoektermen zijn gebruikt: “*Grief*” OF “*Bereavement*” (in alle velden) EN “*latent curve analysis*” OF “*growth curve analysis*” OF “*latent trajectory modeling*” OF “*longitudinal latent modeling*” OF “*developmental trajectory modelling*” OF “*longitudinal growth modeling*” OF “*growth mixture modeling*” OF “*GMM*” OF “*trajectory analysis*” OF “*latent class growth analysis*” OF “*LCGA*” OF “*latent growth curve modeling*” OF “*trajectory*” OF “*trajectories*” in de titel. De zoekstrategie is uitgevoerd op 18 oktober 2024, waarbij 272 artikelen werden geïdentificeerd. Na het verwijderen van 142 duplicaten aan de hand van *Covidence* bleven 130 artikelen over. Twee studenten hebben onafhankelijk van elkaar in *Covidence* de artikelen gescreend. In het geval van onenigheden kwamen ze in overleg tot een consensus. Bij twijfel of blijvende onenigheid maakte begeleider M. Eisma de uiteindelijke beslissing. Na de screening van de titel en abstract waren 28 studies geselecteerd voor screening van de volledige tekst. Na screening van de volledige tekst zijn 14 artikelen geselecteerd.

Bij het extraheren van de data is Djelantik et al. (2018) uitgesloten, omdat de analyse, gebaseerd op slechts twee meetmomenten, niet voldoet aan de inclusiecriteria. Wen et al. (2020) identificeert verschillende trajecten van rouw en Wen et al. (2022) voert hierop een vervolganalyse uit naar voorspellers van lidmaatschap van rouwtrajecten. Deze data zal als één studie worden beschouwd. Data uit Pociunaite et al. (2023) overlapt deels met data uit Lenferink et al. (2018). Beide studies worden als aparte studies meegenomen in dit overzicht, omdat Pociunaite et al. (2023) drie datasets tegelijk analyseert en daarmee andere resultaten geeft. Het artikel van Sveen et al. (2018) heeft als minimumleeftijd 16 jaar, wat niet voldoet aan de inclusiecriteria. Omdat nabestaanden in de groep 16-24 jaar slechts 15% van de hele

steekproef vormen, is besloten dit artikel wel te includeren. Uiteindelijk zijn 13 artikelen over 12 studies gebruikt voor dit literatuuroverzicht. Zie Figuur 1 voor een PRISMA flowchart.



### Inclusie- en exclusiecriteria

Voor dit literatuuroverzicht zijn uitsluitend artikelen geselecteerd die na 1994 zijn gepubliceerd, omdat in 1995 het eerste gevalideerde meetinstrument om persisterende

rouwsymptomen te kunnen meten is ontwikkeld (*Inventory of Complicated Grief*: Prigerson et al., 1995). Om de kwaliteit en leesbaarheid van het onderzoek te waarborgen, worden uitsluitend *peer-reviewed* studies geselecteerd die in het Engels zijn geschreven. Daarnaast worden alleen artikelen meegenomen die kwantitatief, empirisch en longitudinaal van aard zijn. Kwalitatieve studies, niet-empirische studies (bijvoorbeeld overzichten) of cross-sectionele studies zijn niet geïnccludeerd. Om de interpretatie te vereenvoudigen, zijn alleen artikelen geselecteerd waarin onderzoek is gedaan naar volwassen nabestaanden die de dood van een dierbare hebben meegemaakt. Artikelen met nabestaanden die een verlies van een kind tijdens de zwangerschap, een verlies dat niet door overlijden komt (bijv. vermissingen of relatiebreuken) of een verlies van een huisdier hadden meegemaakt, worden aldus uitgesloten.

### **Data extractie**

De volgende gegevens zijn uit de geselecteerde artikelen verzameld: naam eerste auteur, jaar van publicatie, DOI, titel van onderzoek, land van herkomst van de eerste auteur, land waar het onderzoek plaatsvond, steekproefgrootte, sociodemografische gegevens (waaronder leeftijd en geslacht), en verliesgerelateerde gegevens (waaronder relatie met de overledene, tijd sinds overlijden tijdens eerste meetmoment, en oorzaak van verlies), kenmerken van het persisterende rouw meetinstrument (waaronder naam van het instrument, aantal items, gemiddelde score, *range* en *cutoff* score), kenmerken van de meetmomenten (waaronder het aantal metingen en de tijd sinds het verlies op ieder meetmoment), de analyse, het aantal geïdentificeerde rouwtrajecten, de naam van de rouwtrajecten, het percentage nabestaanden per rouwtraject, evenals het intercept en de helling van elk rouwtraject. Met betrekking tot mogelijke voorspellers voor lidmaatschap van de geïdentificeerde rouwtrajecten is in kaart gebracht welke voorspellers zijn onderzocht, of deze univariaat of multivariaat zijn geanalyseerd en wat de significante resultaten zijn. Beide auteurs hebben onafhankelijk van

elkaar alle informatie uit de artikelen geëxtraheerd. Eventuele verschillen in resultaten werden besproken totdat consensus was bereikt. Bij blijvende twijfel of onenigheden maakte begeleider M. Eisma de uiteindelijke beslissing. De initiële overeenstemming tussen de twee beoordelaars over alle geëxtraheerde gegevens was 88%. De kwaliteitsbeoordeling van de geïnccludeerde artikelen werd uitgevoerd met behulp van de NIH *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies* (National Institute of Health, z.d.).

## **Resultaten**

### **Kwaliteitsbeoordeling**

Zie Tabel 1 voor de uitkomsten van de kwaliteitsbeoordeling. Vier studies worden als *good* beoordeeld, acht studies als *fair* en één studie wordt als *poor* beoordeeld. De variatie in kwaliteitsbeoordeling is grotendeels te verklaren door verschillen in de rapportage van trajectresultaten en bijbehorende p-waarden, de analyse van voorspellers (univariaat of multivariaat) en het uitvalpercentage bij de follow-up na de baseline (maximaal 20%).

### **Kenmerken studies**

De kenmerken van de 12 geïnccludeerde studies zijn samengevat in Tabel 2. De oudste studie komt uit 2018 en de jongste studie uit 2024. De landen waarin de studies zijn uitgevoerd zijn Nederland (2), Denemarken (2), de Verenigde Staten (2), Taiwan (2), China (1), Zweden (1) en Verenigd Koninkrijk (1). Eén studie (Pociunaite et al., 2023) maakt gebruik van gegevens uit twee landen: Nederland en Denemarken. De kenmerken van de studies worden hieronder samengevat op basis van ongewogen gemiddelden. De gemiddelde steekproefgrootte van alle studies is 439 nabestaanden, met een *range* van 170 tot en met 1138 nabestaanden. Op basis van tien studies die gegevens over leeftijd rapporteren, is de gemiddelde leeftijd 58.12 jaar, met een *range* van 46.43 tot en met 70.3 jaar. Het gemiddelde percentage vrouwen van alle studies is 68% met een range van 58% tot en met 84%. Uit 10 studies waarin het gezamenlijke percentage van overledenen kan worden vastgesteld, blijkt

dat de overledene in de meeste gevallen een partner is (51%). Dit wordt gevolgd door een ouder (21%), een dierbare buiten de familie (14%), een kind (6%), een broer of zus (4%) en een ander familielid (4%). De meeste nabestaanden hebben een natuurlijk overlijden (ten gevolge van ouderdom, ziekte of medische aandoening) meegemaakt (70%).

### ***Meetinstrumenten en Analyses***

De meest gebruikte instrumenten om persisterende rouwsymptomen te meten zijn de *Inventory of Complicated Grief* (6, Prigerson et al., 1995) en *Prolonged Grief-13* (5, Prigerson et al., 2009). Alle andere meetinstrumenten, de *Traumatic Grief Inventory-Self Report* (Boelen & Smid, 2017), de *Inventory of Complicated Grief-Revised* (Boelen et al., 2003) en de gestructureerd klinisch interview (Bonanno & Malgaroli, 2019; geen officiële vragenlijst) worden maar één keer gebruikt. Om rouwtrajecten te identificeren worden de volgende analyses in de studies gebruikt: *Latent Growth Mixture Modeling* (5), *Latent Class Growth Modeling* (3), *Growth Mixture Modeling* (2) en *Semi-Parametric Group-Based Mixture/Trajectory Modeling* (2).

### **Rouwtrajecten**

Twee van de 12 studies hanteren verschillende analysemethoden. Bonanno en Malgaroli (2019) voeren binnen één steekproef twee afzonderlijke analyses uit, terwijl Nielsen et al. (2018) gebruikmaakt van twee aparte steekproeven. Om het overzicht te behouden, refereren we in dit onderzoek naar 12 studies met in totaal 14 steekproeven. Het aantal onderscheiden rouwtrajecten per steekproef varieert van twee tot vijf. Het meest voorkomende aantal rouwtrajecten is vier, wat voorkomt in vijf steekproeven. Verder komen in vier steekproeven drie rouwtrajecten voor, in drie steekproeven vijf rouwtrajecten en in twee steekproeven twee rouwtrajecten. In dit overzicht worden de rouwtrajecten geclassificeerd op basis van de intercept en de helling. Voor de intercept is, conform de indeling van de auteurs, een onderscheid gemaakt tussen een lage, matige en hoge initiële rouwernst. Met betrekking tot de

helling is er onderscheid gemaakt tussen afnemend, toenemend of niet significant toe- of afnemend (zie Tabel 3). Bij één studie wordt de helling niet gerapporteerd, hier is alleen onderscheid gemaakt in hoge rouwniveaus en lage rouwniveaus (Nam, 2015).

### ***Trajecten met Hoge Rouwernst***

De meest gerapporteerde rouwtrajecten zijn het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (Bonanno & Malgaroli, 2019; Lenferink et al., 2018; Lundorff et al., 2020; Nielsen et al., 2019; Pociunaite et al., 2023; Sveen et al., 2018; Wen et al., 2020; Wen et al., 2023; Yao et al., 2024) en het rouwtraject ‘hoog, afnemend’ (Bonanno & Malgaroli, 2019; Djelantik et al., 2022; Lundorff et al., 2020; Nielsen et al., 2019; Pociunaite et al., 2023; Smith & Ehlers, 2019; Sveen et al., 2018; Wen et al., 2020), beiden komen voor in 11 van de 14 steekproeven. Binnen de rouwtrajecten ‘hoog, afnemend’ is er sprake van variatie in mate van afname (snel of traag, sterk of licht). Het percentage nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ varieert per steekproef van 3.8% tot 18.2% met een gemiddelde van 8.9%. Het percentage nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, afnemend’ varieert per steekproef van 7% tot 48% met een gemiddelde van 22.4%.

In drie van de 14 steekproeven komt een ‘hoog, toenemend’ rouwtraject voor (Bonanno & Malgaroli, 2019; Djelantik et al., 2022; Smith & Ehlers, 2019), waarbij het percentage nabestaanden varieert per steekproef van 4% tot 24.1%, met een gemiddelde van 12.5%. In één steekproef komt een ‘hoog, afnemend, toenemend’ rouwtraject voor (Wen et al., 2020), waarbij het percentage nabestaanden in dit traject 6.8% is. In één steekproef komt een ‘hoog’ rouwtraject voor, waarbij niet wordt gerapporteerd of dit traject afneemt, toeneemt of niet significant toe- of afneemt (Nam, 2015). Hier is het percentage nabestaanden 26.2%.

### ***Trajecten met Lage Rouwernst***

Het rouwtraject ‘laag, afnemend’ komt in 10 van de 14 steekproeven voor (Bonanno & Malgaroli, 2019; Djelantik et al., 2022; Lenferink et al., 2018; Lundorff et al., 2020;

Pociunaite et al., 2023; Smith & Ehlers, 2019; Sveen et al., 2018; Wen et al., 2020; Wen et al., 2023), waarbij het percentage nabestaanden in het rouwtraject per steekproef varieert van 37% tot 83.5% met een gemiddelde van 54.8%. In drie andere steekproeven (van de 14) komt een ‘laag, niet significant toe- of afnemend’ rouwtraject voor (Nielsen et al., 2019; Yao et al., 2024). Het percentage nabestaanden in dit rouwtraject varieert per steekproef van 34% tot 45% met een gemiddelde van 41.1%. Een ‘laag, toenemend’ rouwtraject komt in één steekproef voor (Yao et al., 2024), waarbij het percentage nabestaanden 6.3% is. Een ‘laag, toenemend, afnemend’ rouwtraject komt eveneens in één steekproef voor (Nielsen et al., 2019), waarbij het percentage nabestaanden 10% is. Tot slot is in één steekproef een ‘laag’ rouwtraject vastgesteld, waarbij niet wordt gerapporteerd of dit traject afneemt, toeneemt of niet significant toe- of afneemt (Nam, 2015). Hier is het percentage nabestaanden 73.8%.

### ***Trajecten met een Matige Rouwernst***

In alle steekproeven komt een ‘hoog’ en een ‘laag’ rouwtraject voor, daarnaast komt in acht van de 14 steekproeven ook een ‘matig’ rouwtraject voor dat ofwel afneemt of niet significant toe- of afneemt. Van deze acht steekproeven komt in zes steekproeven een ‘matig, afnemend’ rouwtraject voor (Bonanno en Malgaroli, 2019; Nielsen et al., 2019; Wen et al., 2023; Yao et al., 2024), waarbij het percentage nabestaanden in het rouwtraject per steekproef varieert van 11.9% tot 31.7% met een gemiddelde van 24.4%. In twee van de acht steekproeven komt een ‘matig, niet significant toe- of afnemend’ rouwtraject voor (Bonanno & Malgaroli, 2019; Lundorff et al., 2020), waarbij het percentage nabestaanden 13% (Bonanno & Malgaroli, 2019) of 20.4% (Lundorff et al., 2020) is.

### **Voorspellers van Rouwtrajecten**

In totaal zijn er negen studies die voorspellers van rouwtrajecten hebben onderzocht. Veel voorspellers zijn in een enkele studie onderzocht en daarom uniek. Door gebrek aan overlap kunnen deze voorspellers niet vergeleken worden. Dit heeft betrekking tot

sociodemografische gegevens (jaarlijks inkomen, religie, burgerlijke staat en werkstatus), verliesgerelateerde factoren (het aantal verloren familieleden, de overlevingstijd (tijd tussen vaststelling terminale ziekte en overlijden), de leeftijd van de overledene, de omstandigheden rondom het overlijden, het bewustzijn van prognose voor het overlijden, de tijd sinds het verlies en de lengte van de relatie van de nabestaande met de overledene), contextuele factoren (het aantal stressvolle gebeurtenissen na de ramp en de ernst van de blootstelling aan de ramp), persoonlijkheidskenmerken (optimisme, neuroticisme, angstige gehechtheid, vermijdende gehechtheid, onafhankelijkheid van de overledene en gezonde afhankelijkheid), cognitieve variabelen (verliesgerelateerde geheugenkarakteristieken, *negative appraisals* en acceptatie), rouw gerelateerde emoties (verlangen, ongeloof en woede), psychopathologische symptomen (posttraumatische stress symptomen en depressieve symptomen) en zorggerelateerde factoren (subjectieve mantelzorg, de mate van intimiteit met de overledene, de mate waarin de dood een opluchting was voor de mantelzorger, deelname aan sociale activiteiten, negatieve sociale interacties en aantal eerdere stressvolle gebeurtenissen). Er waren tevens variabelen die in meerdere steekproeven zijn onderzocht en daardoor met elkaar vergeleken konden worden om mogelijk een consistent patroon te identificeren. Deze variabelen zijn ingedeeld in sociodemografische, verliesgerelateerde en psychologische categorieën.

### ***Sociodemografische variabelen***

**Gender.** Alle negen studies die voorspellers hebben onderzocht, hebben gender als voorspeller meegenomen voor de mate van rouwernst. Twee studies vonden een significant effect. In beide steekproeven van Nielsen et al. (2019) komen vrouwelijke nabestaanden vaker voor in de rouwtrajecten ‘matig, afnemend’ en ‘hoog, afnemend’ in vergelijking met het rouwtraject ‘laag, niet significant toe- of afnemend’ (univariaat). In de studie van Sveen et al. (2018) komen vrouwelijke nabestaanden vaker in de rouwtrajecten ‘hoog, afnemend’ en

‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ voor in vergelijking met het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat). Concluderend bevinden zich in beide studies meer vrouwelijke nabestaanden in de trajecten met hogere mate van rouwernst.

**Leeftijd.** Acht van de negen studies hebben onderzocht of leeftijd een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Lenferink et al., 2018; Nam, 2015; Nielsen et al., 2019; Pociunaite et al., 2023; Smith & Ehlers, 2019; Sveen et al., 2018; Wen et al., 2021; Yao et al., 2024). Vier studies vonden een significant effect. Zo zijn in de studie van Lenferink et al. (2018) nabestaanden ouder in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ in vergelijking met het rouwtraject ‘hoog, toenemend’ (univariaat). In de studie van Nam (2015) zijn nabestaanden in het rouwtraject ‘laag’ ouder in vergelijking met het rouwtraject ‘hoog’ (univariaat). In de studie van Nielsen et al. (2019) zijn nabestaanden, in de steekproef waarin partners nabestaanden zijn, ouder in het rouwtraject ‘laag, niet significant toe- of afnemend’ in vergelijking met nabestaanden in de rouwtrajecten ‘matig, afnemend’ en ‘hoog, significant toe- of afnemend’ (multivariaat). In de steekproef waar nabestaanden een andere relatie met de overledene hebben dan partner, zijn nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, significant toe- of afnemend’ ouder in vergelijking met nabestaanden in de rouwtrajecten ‘matig, afnemend’, ‘hoog, afnemend’ en ‘hoog, significant toe- of afnemend’ (multivariaat). In de studie van Pociunaite et al. (2023) zijn nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ ouder in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, traag afnemend’ (univariaat). Concluderend, tonen alle studies die significante verschillen tussen rouwtrajecten identificeren aan dat nabestaanden in trajecten met lagere mate van rouwernst ouder zijn dan nabestaanden in trajecten met hogere mate van rouwernst.

**Opleidingsniveau.** Zes van de negen studies hebben onderzocht of opleidingsniveau een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Lenferink et al., 2018; Nam, 2015; Nielsen et al., 2019; Pociunaite et al., 2023; Smith & Ehlers, 2019; Wen et al., 2021; Yao et al., 2024),

waarbij vijf studies een significant effect vonden. In de studie van Lenferink et al. (2018) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, toenemend’ een hoger opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat). Daarentegen hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog’ in de studie van Nam (2015) een lager opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘laag’ (univariaat). In beide steekproeven van Nielsen et al. (2019) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ een lager opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in de overige rouwtrajecten (univariaat) en nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, niet significant toe- of afnemend’ hebben een hoger opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in de overige rouwtrajecten (multivariaat). In de studie van Pociunaite et al. (2023) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ een hoger opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in de rouwtrajecten ‘hoog, traag afnemend’ en ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (univariaat). Daarnaast hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, snel afnemend’ een hoger opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (univariaat). Nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ hebben een hoger opleidingsniveau in vergelijking met nabestaanden in de overige rouwtrajecten (multivariaat). Concluderend tonen alle studies, met uitzondering van Lenferink et al. (2018), aan dat nabestaanden in rouwtrajecten met een lagere mate van rouwernst een hoger opleidingsniveau hebben dan nabestaanden in trajecten met een hogere mate van rouwernst.

**Economische/financiële problemen.** Twee van de negen studies hebben onderzocht of economische/financiële problemen een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Nam, 2015; Wen et al., 2021). Slechts één studie vond een significant effect. In de studie van Wen et al. (2021) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ minder financiële

moeilijkheden in vergelijking met nabestaanden in de rouwtrajecten ‘hoog, snel afnemend’ en ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (multivariaat).

**Etniciteit.** Twee studies hebben onderzocht of etniciteit een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Nam, 2015; Smith & Ehlers, 2019). Er zijn echter geen significante resultaten gevonden.

### ***Verliesgerelateerde variabelen***

**Relatie met de overledene.** Zes van de negen studies hebben onderzocht of de relatie met de overledene een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Lenferink et al., 2018; Pociunaite et al., 2023; Smith & Ehlers, 2019; Sveen et al., 2018; Wen et al., 2021; Yao et al., 2024). Vier studies hebben een significant effect gevonden. In de studie van Lenferink et al. (2018) komt het verlies van een kind of partner vaker voor in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ in vergelijking met het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat). In de studie van Smith en Ehlers (2019) komt het verlies van een kind vaker voor in het rouwtraject ‘hoog, toenemend’ in vergelijking met de overige rouwtrajecten (multivariaat). In de studie van Sveen et al. (2018) komt het verlies van een kind vaker voor in de rouwtrajecten ‘hoog, afnemend’ en ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ in vergelijking met het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat). In de studie van Wen et al. (2021) komt het verlies van een partner vaker voor in het rouwtraject ‘hoog, snel afnemend’ in vergelijking met het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat). Daarentegen komt het verlies van een ouder vaker voor in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ dan in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (multivariaat). Concluderend komt het verlies van een kind of een partner vaker voor in rouwtrajecten met hogere mate van rouwernst dan in trajecten met lagere mate van rouwernst.

**Doodsoorzaak.** Drie van de negen studies hebben onderzocht of de oorzaak van overlijden een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Pociunaite et al., 2023; Smith &

Ehlers, 2019; Yao et al., 2024). Alleen de studie van Pociunaite et al. (2023) vond een significant effect. Nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ hebben minder vaak een dierbare verloren door een onnatuurlijke doodsoorzaak in vergelijking met nabestaanden in de rouwtrajecten ‘hoog, traag afnemend’ en ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (univariaat en multivariaat).

**Voorbereiding op dood.** Twee van de negen studies hebben onderzocht of de mate van (psychologische) voorbereiding op het overlijden een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Nam, 2015; Yao et al., 2024). De studie van Nam (2015) is de enige studie die een significant effect vond. Nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog’ hebben lagere niveaus van voorbereiding op de dood in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘laag’ (univariaat).

### ***Psychologische variabelen***

**Steun.** Vier van de negen studies hebben onderzocht of sociale/psychologische steun een voorspeller is voor de mate van rouwernst. De studies hebben dit op verschillende manieren onderzocht: psychologische steun na vliegtuigcrash (Lenferink et al., 2018); het ervaren van sociale steun (Nam, 2015; Wen et al., 2021) en tevredenheid met gegeven sociale steun (Nam, 2015; Sveen et al., 2018). Echter, alleen de studie van Sveen et al. (2018) vond een significant effect, waarbij nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, afnemend’ meer tevredenheid met sociale steun rapporteren in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ (multivariaat).

**Coping.** Twee van de negen studies hebben onderzocht of coping een voorspeller is voor de mate van rouwernst (Smith & Ehlers, 2019; Wen et al., 2021). In de studie van Smith en Ehlers (2019) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, toenemend’ hogere scores op negatieve copingstrategieën in vergelijking met de rouwtrajecten ‘laag, afnemend’ en ‘hoog, sterk afnemend’ (univariaat) en nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, licht afnemend’

hebben hogere scores op negatieve copingstrategieën in vergelijking met nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, sterk afnemend’ (univariaat). In de studie van Wen et al. (2021) hebben nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ hogere scores op copingcapaciteit in vergelijking met nabestaanden in alle andere rouwtrajecten (multivariaat).

**Mentale gezondheid.** Twee van de negen studies hebben (eerdere) mentale gezondheid meegenomen als voorspeller voor de mate van rouwernst (Lenferink et al., 2018; Lundorff et al., 2020). De studie van Lenferink et al. (2018) heeft onderzoek gedaan naar de mentale gezondheid van nabestaanden voorafgaand aan het verlies van een dierbare, terwijl Lundorff et al. (2020) onderzoek heeft gedaan naar de huidige mentale gezondheid van nabestaanden. Alleen Lundorff et al. (2020) vond een significant effect. Nabestaanden in het rouwtraject ‘laag, afnemend’ geven aan een betere mentale gezondheid te hebben in vergelijking met de overige rouwtrajecten (multivariaat) en nabestaanden in het rouwtraject ‘matig, niet significant toe- of afnemend’ en ‘hoog, afnemend’ geven aan een betere mentale gezondheid te hebben dan nabestaanden in het rouwtraject ‘hoog, niet significant toe- of afnemend’ (multivariaat).

## Discussie

Dit systematisch literatuuroverzicht beoogt te identificeren welke rouwtrajecten in de wetenschappelijke literatuur worden beschreven en wat mogelijke voorspellers voor deze rouwtrajecten zijn. Hierbij wordt in kaart gebracht hoe vaak bepaalde rouwtrajecten voorkomen en hoe groot de groepen nabestaanden in de rouwtrajecten zijn. Uit de resultaten blijkt dat rouwtrajecten een heterogeen beloop hebben. Er zijn tussen de twee en vijf rouwtrajecten per studie geïdentificeerd, waarbij drie hoofdtypen te onderscheiden zijn: nabestaanden met ernstige rouwniveaus die niet afnemen (chronisch); nabestaanden met lage rouwniveaus die ofwel verder afnemen of gelijk blijven (veerkrachtig) en nabestaanden met initieel ernstige of matige rouwniveaus die afnemen (herstellend). Het veerkrachtige

rouwtraject heeft het hoogste percentage nabestaanden ( $M = 51.6\%$ ,  $range = 34\%-83.5\%$ ), gevolgd door het herstellende traject ( $M = 23.1\%$ ,  $range = 7\%-48\%$ ) en het chronische traject ( $M = 8.9\%$ ,  $range = 3.8\%-18.2\%$ ). De dominante aanwezigheid van het veerkrachtige rouwtraject in dit overzicht komt overeen met een meta-analyse van 54 studies over psychische klachten na potentieel traumatische gebeurtenissen (Galatzer-Levy & Bonanno, 2018) en met twee empirische studies: één over ernstige rouw na het verlies van een baby tijdens de zwangerschap of in de neonatale fase (Mørk et al., 2023) en één over PTSS na een traumatische gebeurtenis (Fink et al., 2017). Het percentage mensen dat binnen het veerkrachtige traject valt, bedraagt respectievelijk 65.7% (Galatzer-Levy & Bonanno, 2018), 76.1% (Mørk et al., 2023) en 70.8% en 73.9% (Fink et al., 2017).

De resultaten uit dit literatuuroverzicht kunnen niet worden vergeleken met eerdere literatuuroverzichten over rouwtrajecten, aangezien deze er niet zijn. Daarom zijn de rouwtrajecten onder andere vergeleken met PTSS-trajecten, omdat ze gemeenschappelijke kernsymptomen hebben, zoals instructieve gedachten, vermijdingsgedrag en emotionele verdooving (Szuhany et al., 2021). Bovendien lijkt ernstige rouw een voorspellende en mediërende factor te zijn voor de ontwikkeling en instandhouding van PTSS-symptomen (Djelantik et al., 2018; Lenferink et al., 2019; O'Connor et al., 2015). Bij een systematisch overzicht van PTSS-trajecten is een vertraagd traject geïdentificeerd (Bonde et al., 2021). Dit betekent dat PTSS-symptomen aanvankelijk laag zijn, maar naar verloop van tijd toenemen. Gezien de symptomatische overlap tussen PTSS en PRS is het opmerkelijk dat in dit overzicht slechts twee rouwtrajecten zijn geïdentificeerd die kunnen wijzen op een vertraagd rouwtraject, namelijk een 'laag, toenemend' rouwtraject (Yao et al., 2024) en een 'laag, toenemend, afnemend' rouwtraject (Nielsen et al., 2019). Dit suggereert dat persisterende rouwsymptomen mogelijk een ander beloop kent dan het beloop van PTSS-symptomen. Daarnaast is in dit overzicht het rouwtraject 'hoog, afnemend, toenemend' geïdentificeerd

(Wen et al., 2020), wat zou kunnen duiden op een vorm van terugkerende rouw. Omdat dit rouwtraject slechts in één steekproef voorkomt, lijkt het echter een zeldzaam fenomeen.

Nabestaanden in een traject met langdurige hoge rouwniveaus lopen het meeste risico op het ontwikkelen of hebben van een PRS. Het gemiddelde percentage nabestaanden in dit rouwtraject bedraagt 8.9%, echter wordt in dit literatuuroverzicht gebruik gemaakt van niet-representatieve steekproeven. Twee empirische studies onder nabestaanden uit representatieve Duitse steekproeven vinden een geschatte prevalentie van een PRS van respectievelijk 3.4% (Trembl et al., 2022), 4.2% (ICD-11) en 3.3% (DSM-5-TR) (Rosner et al., 2021). Niet-representatieve steekproeven omvatten doorgaans meer deelnemers met ernstige psychische problemen dan representatieve steekproeven, wat kan leiden tot een overschatting van de prevalentie (Drivsholm et al., 2006; Van Loon, 2003). Dit systematische literatuuroverzicht bevestigt de aanwezigheid van hoge rouwniveaus in de literatuur, waarbij een deel van deze groep mogelijk risico loopt op een PRS.

Om de variatie in rouwbeloop beter te begrijpen, biedt de theorie van Zisook et al. (2014) een verklaring voor trajecten met langdurig hoge rouwniveaus en herstellende rouwtrajecten. Volgens deze theorie kan acute rouw overgaan in geïntegreerde rouw (herstellend rouwtraject), maar kan deze overgang ook uitblijven (chronisch rouwtraject). Omdat deze theorie stelt dat de beginfase van rouwverwerking gepaard gaat met hoge niveaus van rouwernst, lijkt zij in eerste instantie geen verklaring te bieden voor het veerkrachtige rouwtraject, waarin rouwniveaus vanaf het begin laag blijven. Aangezien in veel studies de eerste meting pas na een maand of langer plaatsvindt, is het echter mogelijk dat de fase van acute rouw dan al is afgerond. Nabestaanden die zich in deze situatie bevinden, worden geclassificeerd binnen het veerkrachtige rouwtraject.

Om meer inzicht te krijgen waarom sommige nabestaanden een hoge mate van rouwernst ervaren en anderen een lage mate van rouwernst, zijn de voorspellers van

rouwtrajecten geïdentificeerd en gecategoriseerd op basis van sociodemografische, verliesgerelateerde en psychologische factoren. De resultaten tonen aan dat vrouwelijke, jongere en lager opgeleide nabestaanden zich vaker in trajecten met hogere rouwniveaus bevinden in vergelijking met mannen, ouderen en hoger opgeleiden, respectievelijk. Dit komt overeen met bevindingen in de meta-analyse van Buur et al. (2024) en het systematisch overzicht van Burke en Neimeyer (2012). Een opvallende bevinding is de frequente afwezigheid van significante resultaten in de studies uit dit overzicht. Alle negen studies die voorpellers onderzochten namen gender mee, maar slechts twee studies vonden een significant effect. In de meta-analyse van Buur et al. (2024) is de effectgrootte tussen gender en persisterende rouwsymptomen klein, wat suggereert dat het effect vooral zichtbaar is in grootschalige steekproeven, zoals in de studie van Nielsen et al. (2019;  $n = 1.138$  en  $n = 597$ ). De andere studie in dit overzicht met een significant effect had geen opvallend grote steekproef (Sveen et al., 2018;  $n = 170$ ), echter deze bevinding zou op een toeval kunnen berusten.

Leeftijd blijkt een significante voorspeller in vier van de acht studies die dit onderzochten, waarvan drie studies een univariaat en één studie een multivariaat effect vonden. Echter, een empirische studie met een representatieve Duitse steekproef toonde aan dat leeftijd niet gerelateerd is aan een PRS wanneer verliesgerelateerde en sociodemografische kenmerken worden meegenomen (Doering et al., 2022). Twee meta-analyses bevestigen dat leeftijd geen significante voorspeller is van een PRS (Djelantik et al., 2020; Lundorff et al., 2017). Hoewel sommige studies in dit overzicht een significant effect vonden, verdwijnt dit vaak bij een multivariate analyse, wat suggereert dat andere factoren een grotere rol spelen in de ontwikkeling van een PRS dan leeftijd. Vijf van de zes studies die opleidingsniveau onderzochten, vonden een significant effect, echter een laag sociaaleconomische status (waaronder een laag opleidingsniveau) is een risicofactor voor

negatieve mentale gezondheid (Fryers, et al., 2003; Safran et al., 2009). Dit suggereert dat een laag opleidingsniveau een algemeen risicofactor is voor mentale gezondheidsproblemen, ongeacht of iemand een verlies heeft meegemaakt. Dit maakt opleidingsniveau eerder een indirecte voorspeller dan een direct voorspeller.

Verliesgerelateerde factoren, zoals het verlies van een kind of partner of het verlies van een dierbare door een onnatuurlijke dood worden geassocieerd met trajecten met hoge rouwniveaus in vergelijking met het verlies van een ander familielid of vriend en met het verlies van een dierbare door een natuurlijke dood. Deze bevindingen worden ondersteund door een meta-analyse (Buur et al., 2024) en een systematisch overzicht (Burke & Neimeyer, 2012). Uit de meta-analyse blijkt dat het verlies van een partner of kind een klein tot medium effect heeft als voorspeller van persisterende rouwsymptomen in vergelijking met het verlies van een andere dierbare, en het verlies van een dierbare door een onnatuurlijke doodsoorzaak een klein effect heeft als voorspeller van persisterende rouwsymptomen in vergelijking met het verlies van een dierbare door een natuurlijke doodsoorzaak (Buur et al., 2024). Slechts één van de drie studies uit dit overzicht die het verlies van een dierbare door een onnatuurlijke doodsoorzaak heeft onderzocht vond een significant effect. Een mogelijke verklaring hiervoor is de methodologische opzet van de studies. In de studie van Pociunaite et al. (2023) wordt een significant resultaat gevonden en is er ongeveer een gelijke verdeling van natuurlijke (60%) en onnatuurlijke (40%) doodsoorzaken, evenals een grote steekproefomvang om mogelijk een effect te kunnen detecteren ( $n = 398$ ). Daarentegen had één studie een kleinere steekproef (Yao et al., 2024,  $n = 181$ ) en één studie een scheve verdeling tussen natuurlijke (90%) en onnatuurlijke (10%) doodsoorzaken (Smith et al., 2019), waardoor mogelijk geen effect kon worden gedetecteerd. In vier van de zes studies werd een significant effect gevonden met betrekking tot de relatie met de overledene. Volgens het Dual Process Model van Schut (1999) beïnvloedt het type verlies de zwaarte van de stress waarmee nabestaanden

moeten omgaan. Uit dit overzicht blijkt dat het verlies van een kind of partner is geassocieerd met verhoogde rouwniveaus, wat bevestigt dat het verlies van een hechte relatie meer impact kan hebben dan een ander verlies. Toch waren de effecten in de meta-analyse van Buur et al. (2024) klein tot medium, wat betekent dat ook andere verlieservaringen een rol kunnen spelen.

Psychologische factoren, zoals het gebruik van maladaptieve copingstrategieën zijn geassocieerd met trajecten met hogere rouwniveaus, terwijl positieve coping en een goede mentale gezondheid geassocieerd zijn met trajecten met lage rouwniveaus. Coping werd als voorspeller in twee studies onderzocht, waarbij beide studies een significant effect hebben gevonden. Aanhoudende hoge rouwniveaus hangen samen met meer negatieve copingstrategieën en lage rouwniveaus zijn geassocieerd met grotere coping capaciteit. Mentale gezondheid werd ook in twee studies als voorspeller onderzocht, waarbij één studie een significant effect heeft gevonden. Het rouwtraject met lage rouwniveaus is geassocieerd met betere mentale gezondheid. Verder is (tevredenheid met) sociale steun door vier studies meegenomen. Slechts één studie vond een significant resultaat waarbij nabestaanden in het ‘hoog, afnemend’ traject meer tevredenheid ervaarden met sociale steun dan nabestaanden in het traject ‘laag, afnemend’. Dat er geen eenduidig effect wordt gevonden komt overeen met de literatuur. In een systematisch literatuuroverzicht vonden sommige studies een positief effect, terwijl anderen geen of tegenstrijdige resultaten vonden (Scott et al., 2020). In dit overzicht zou het verschil in operationalisatie van sociale steun, bijvoorbeeld als psychologische steun of als tevredenheid met gegeven steun, een mogelijke verklaring kunnen bieden voor de inconsistentie in de resultaten.

Daarnaast zijn 36 variabelen slechts één keer onderzocht. De resultaten hiervan bieden vooral exploratieve inzichten. Meer onderzoek naar deze variabelen is nodig om te onderzoeken of de resultaten repliceerbaar zijn.

## Limitaties van de onderzochte studies

In dit overzicht zijn twaalf studies met elkaar vergeleken. Echter, deze studies zijn niet homogeen en het vergelijken brengt enkele beperkingen met zich mee. Een eerste beperking is de grote variaties in de methodologie, zoals het tijdstip, de hoeveelheid meetmomenten, gebruikte meetinstrumenten en analysetechnieken. Zo is het eerste meetmoment van de studie van Lundorff et al. (2020) na twee maanden en het laatste meetmoment elf maanden na het overlijden, terwijl de studie van Lenferink et al. (2018) het eerste meetmoment heeft tussen de tien en zeventien maanden na het overlijden en het laatste meetmoment na ongeveer drieënhalf jaar. Ook de gebruikte vragenlijsten verschillen per studie. De meest gebruikte instrumenten zijn de *Inventory of Complicated Grief* (ICG, Prigerson et al., 1995) en de *Prolonged Grief-13* (Prigerson et al., 2009). Deze vragenlijsten meten niet alle criteria van PRS volgens de ICD-11 en DSM-5-TR (Lenferink et al., 2022; Trembl et al., 2020). Aangezien dit literatuuroverzicht zich richt op algemene rouwniveaus en niet specifiek op persisterende rouw, vormt dit geen grote beperking voor deze studie. Het is echter wel wenselijk dat toekomstig onderzoek vragenlijsten gebruikt die wél alle criteria meten, zoals de *Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus* (TGI-SR+, Lenferink et al., 2022). De meeste studies maken gebruik van *Latent Growth Mixture Modeling* (LGMM) als analysetechniek. Daarnaast zijn er ook vijf studies die een andere analysetechniek hebben toegepast, bijvoorbeeld *Latent Class Growth Modeling* en *Semi-parametric group-based mixture modeling*. De specifieke modellen en aannames verschillen, wat de conclusies kunnen beïnvloeden. Dit maakt het lastig om de resultaten van deze studies met elkaar te vergelijken.

Een tweede beperking betreft de geografische bias in de steekproeven, met een ondervertegenwoordiging van niet-Westerse studies (drie van de 12 studies), waardoor de bevindingen mogelijk verminderd generaliseerbaar zijn naar niet-Westerse landen, aangezien

de mate van rouwernst in niet-Westerse culturen mogelijk anders tot uiting komt en andere belopen kent (Stelzer et al., 2020; Smid et al., 2018).

Een derde beperking heeft betrekking op de wijze waarop de studies de resultaten hebben gerapporteerd. Zo waren er drie studies die geen of niet alle *p*-waarden rapporteerden (Djelantik et al., 2022; Yao et al., 2024; Sveen et al., 2018) en twee studies die geen intercepten en hellingen rapporteerden (Nam, 2015; Nielsen et al., 2018). Dit is een beperking omdat er niet kan worden gecontroleerd hoe hoog het beginniveau van rouwernst is en of bepaalde waarden significant zijn. Dit maakt ook dat Nam (2015) bij de kwaliteitsbeoordeling werd beoordeeld als *poor*.

De laatste beperking heeft betrekking op de voorspellers. Naast het feit dat veel voorspellers slechts één keer werden onderzocht en dus beperkte informatie geven voor dit systematische literatuuroverzicht, rapporteerden niet alle studies univariate én multivariate resultaten. Het is lastig om deze resultaten met elkaar te vergelijken, omdat de beide methoden verschillende aspecten van de data analyseren en univariate testen geen rekening houden met correlaties tussen meerdere onafhankelijke variabelen en afhankelijke variabelen en multivariate testen wel (Todorov et al., 2020).

### **Limitaties van het literatuuroverzicht**

Dit systematische literatuuroverzicht kent eveneens enkele methodologische beperkingen. Ten eerste zijn enkel Engelstalige en *peer-reviewed* artikelen geïnccludeerd, hierdoor zijn eventuele relevante niet-Engelstalige studies uitgesloten. De tweede beperking heeft betrekking op het gebruik van inclusie- en exclusiecriteria, waardoor dit overzicht niet volledig is op het gebied van rouwtrajecten. Een voorbeeld hiervan is dat een inclusiecriteria is dat nabestaanden volwassen moeten zijn. Een studie is geëxcludeerd, omdat de minimum leeftijd van de nabestaanden twaalf jaar was (Kristensen et al., 2020), terwijl dit artikel verder aan alle inclusiecriteria voldeed. Een laatste beperking is dat er geen meta-analyse is

uitgevoerd. Een meta-analyse biedt een kwantitatieve benadering om resultaten uit verschillende studies te combineren. De reden waarom er gekozen is om geen meta-analyse uit te voeren is omdat de studies heterogeen zijn, want ze hebben verschillende meetmomenten, vragenlijsten en analysetechnieken. Bij een meta-analyse kan dit leiden tot fouten en vertekeningen in de resultaten (Ruppar, 2020).

### **Relevantie en toekomstig onderzoek**

Dit systematische literatuuroverzicht is zowel wetenschappelijk als klinisch relevant. Het geeft inzicht in de variabiliteit van rouwreacties en draagt bij aan bestaand onderzoek door een overzicht te bieden van de verschillende rouwtrajecten die nabestaanden kunnen doorlopen, namelijk hoofdzakelijk chronische, herstellende en veerkrachtige rouwtrajecten en geeft inzicht in de bijbehorende voorspellers. Dit kan helpen bij het gericht aanbieden van interventies aan nabestaanden die hier het meeste baat bij hebben. Interventies moeten ervoor zorgen dat de mate van rouwernst daalt. Daarom hebben nabestaanden met de hoogste mate van rouwernst het meeste baat bij interventies, zoals nabestaanden in chronische rouwtrajecten. Voor nabestaanden in herstellende rouwtrajecten kunnen vroege interventies er mogelijk voor zorgen dat het rouwniveaus sneller daalt. Nabestaanden uit het veerkrachtige traject hebben het minste baat bij een interventie, omdat zij al lage rouwniveaus hebben.

Het is belangrijk om te benadrukken dat voorspellers van trajecten met verhoogde rouwniveaus niet per definitie betekenen dat alle nabestaanden binnen deze groep daadwerkelijk in dit traject terechtkomen. Om die reden is het niet wenselijk om deze gehele groep preventief een interventie aan te bieden. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat bij follow-up geen significant langetermijneffect werd gevonden bij nabestaanden die een verhoogd risico liepen op het ontwikkelen van een PRS. Geïndiceerde interventies, die zich specifiek richten op nabestaanden met aantoonbare moeilijkheden in het rouwproces, laten daarentegen wel gunstige resultaten zien in vergelijking met psychotherapeutische interventies gericht op

andere problematiek (Currier et al., 2008). Dit onderstreept het belang van zorgvuldig gerichte interventies, waarbij de focus ligt op nabestaanden die daadwerkelijk moeilijkheden vertonen in het rouwproces.

Op basis van de beperkingen in dit literatuuroverzicht kunnen verschillende aanbevelingen voor toekomstig onderzoek worden geformuleerd. Een belangrijke verbetering is het vergroten van de methodologische uniformiteit ten aanzien van de meetmomenten, meetinstrumenten en analysetechnieken. Het gebruik van een gevalideerde vragenlijst die alle criteria van PRS volgens de ICD-11 en DSM-5-TR omvat kan bijdragen aan consistentie en relevantie van de metingen. Daarnaast is er behoefte aan onderzoek naar rouwtrajecten in niet-Westerse landen, zodat er een breder en cultureel divers perspectief op verliesverwerking ontstaat. Verder zouden longitudinale studies langer moeten doorlopen om meer inzicht te krijgen naar het langdurige beloop van rouwtrajecten, in het bijzonder naar eventuele vertraagde en terugkerende rouwtrajecten. Op deze manier kan er ook nader onderzoek worden gedaan naar voorspellers, zoals de rol van sociale steun als risicofactor voor trajecten met hoge rouwniveaus. Verder kunnen voorspellers die eerder slechts beperkt zijn onderzocht opnieuw worden bestudeerd om te beoordelen of eerdere bevindingen kunnen worden gerepliceerd. Tot slot zou, als er meer gestandaardiseerd onderzoek is gedaan, een meta-analyse waardevol zijn om de sterkte van de voorspellers beter te kunnen duiden.

Concluderend toont dit systematische literatuuroverzicht aan dat rouwtrajecten een heterogeen beloop hebben, waarbij er die hoofdtypen zijn: een veerkrachtig, herstellend en chronisch rouwtraject. Veerkrachtige rouwtrajecten komen het meest voor en nabestaanden in chronische rouwtrajecten lopen het meeste risico voor de ontwikkeling of het hebben van een PRS. De voorspellers van rouwtrajecten zijn divers, maar sociodemografische, verliesgerelateerde en psychologische factoren spelen een belangrijke rol, voornamelijk gender, leeftijd, opleidingsniveau, relatie met de overledene en de doodsoorzaak. Toch blijven

veel resultaten inconsistent, wat mede kan worden verklaard door methodologische verschillen tussen studies en de relatief kleine effecten van voorspellers. Dit onderstreept de noodzaak voor verdere standaardisatie in meetinstrumenten en analysetechnieken en grootschalige onderzoeken.

## Referenties

- Boelen, P. A., Van den Bout, J., De Keijser, J., & Hoijsink, H. (2003). Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief (ITG). *Death Studies*, 27(3), 227–247. <https://doi.org/10.1080/07481180302889>
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Loss and Trauma*, 22, 196–212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x>
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17–25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Bonde, J. P. E., Jensen, J. H., Smid, G. E., Flachs, E. M., Elklit, A., Mors, O., & Videbech, P. (2022). Time course of symptoms in posttraumatic stress disorder with delayed expression: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 116–131. <https://doi.org/10.1111/acps.13372>

- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2012). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In M. S. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145–161). Routledge.
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Mareello, M. M., Schierff, L. H., & O'Connor, M. (2024). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- Currier, J. M. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648–661. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Robinaugh, D. J., & Boelen, P. A. (2022). The course of symptoms in the first 27 months following bereavement: A latent trajectory analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression. *Psychiatry Research*, 311, 114472.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114472>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2018). Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl. 6), 1423825.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423825>
- 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>
- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H., & Rosner, R. (2022). Predictors of prolonged grief disorder in a German representative population sample:

Unexpectedness of bereavement contributes to grief severity and prolonged grief disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 853698.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.853698>

Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: State of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286–291.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263>

Drivsholm, T., Eplov, L. F., Davidsen, M., Jørgensen, T., Ibsen, H., & Hollnagel, H. (2006). Representativeness in population-based studies: A detailed description of nonresponse in a Danish cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(6), 623–631.

<https://doi.org/10.1080/14034940600607616>

Fink, D. S., Lowe, S., Cohen, G. H., Sampson, L. A., Ursano, R. J., Gifford, R. K., Fullerton, C. S., & Galea, S. (2017). Trajectories of posttraumatic stress symptoms after civilian or deployment traumatic event experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 138–146. <https://doi.org/10.1037/tra0000147>

Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27(9), 765–786. <https://doi.org/10.1080/713842360>

Kavanagh, D. J. (1990). Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 373–383.

<https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.373>

- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different trajectories of prolonged grief in bereaved family members after terror. *Frontiers in Psychiatry, 11*, Article 545368. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.545368>
- 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., 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*(1), Article 2000131. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>
- Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2018). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety, 37*(1), 35–44. <https://doi.org/10.1002/da.22850>
- Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2019). Reciprocal associations among symptom levels of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression following traumatic loss: A four-wave cross-lagged study. *Clinical Psychological Science, 7*(6), 1330–1339. <https://doi.org/10.1177/2167702619858288>
- Lundorff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research, 129*, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>

- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 438–443. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040824>
- Mørk, S., Hvidtjørn, D., Möller, S., Henriksen, T. B., O'Connor, M., & Bonanno, G. A. (2023). Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 293–299.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.052>
- Nam, I. (2015). Trajectories of complicated grief. *European Journal of Psychiatry*, 29(3), 173–182. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000300002>
- National Institute of Health. (n.d.). Quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies. National Heart, Lung, and Blood Institute. Retrieved February 26, 2025, from <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- 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., Nickerson, A., Aderka, I. M., & Bryant, R. A. (2015). The temporal relationship between change in symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following old age spousal bereavement. *Depression and Anxiety*, 32(5), 335–340.  
<https://doi.org/10.1002/da.2234>

- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315829753>
- Pociunaite, J., Van Dijk, I., Reitsma, L., Nordström, E. E. L., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2023). Latent trajectories of DSM-5-TR-based prolonged grief disorder: Findings from a data pooling project MARBLES. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2281183. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2281183>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Goodkin, C., Parkes, C. M., Aslan, M., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P. A., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- 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, Article 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>

- Ruppar, T. (2020). Meta-analysis: How to quantify and explain heterogeneity? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(7), 646–652.  
<https://doi.org/10.1177/1474515120944014>
- Rynearson, E. K., Favell, J., & Saindon, C. (2002). Group intervention for bereavement after violent death. *Psychiatric Services*, 53(10), 1340.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1340>
- Safran, M. A., Mays, R. A., Jr., Huang, L. N., McCuan, R., Pham, P. K., Fisher, S. K., & Trachtenberg, A. (2009). Mental health disparities. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1962–1966. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.167346>
- Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 20, 265.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
- Smith, K. V., & Ehlers, A. (2020). Cognitive predictors of grief trajectories in the first months of loss: A latent growth mixture model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 93–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000438>
- Smid, G. E., Groen, S., de la Rie, S. M., Kooper, S., & Boelen, P. A. (2018). Toward cultural assessment of grief and grief-related psychopathology. *Psychiatric Services*, 69(10), 1050–1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700422>
- Stelzer, E.-M., Zhou, N., Maercker, A., O'Connor, M.-F., & Killikelly, C. (2020). Prolonged grief disorder and the cultural crisis. *Frontiers in Psychology*, 10.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02982>
- Stroebe, M. S., & Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224.  
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Sveen, J., 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(12), Article e0209757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Todorov, H., Searle-White, E., & Gerber, S. (2020). Applying univariate vs. multivariate statistics to investigate therapeutic efficacy in (pre)clinical trials: A Monte Carlo simulation study on the example of a controlled preclinical neurotrauma trial. *PLOS ONE*, 15(3), Article e0230798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230798>
- Tomas, C. W., Fitzgerald, J. M., Bergner, C., Hillard, C. J., Larson, C. L., & deRoos, C. T. A. (2022). Machine learning prediction of posttraumatic stress disorder trajectories following traumatic injury: Identification and validation in two independent samples. *Journal of Traumatic Stress*, 35(6), 1656–1671. <https://doi.org/10.1002/jts.22868>
- Treml, J., Brähler, E., & Kersting, A. (2022). Prevalence, factor structure and correlates of DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 880380. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880380>
- Treml, J., Kaiser, J., Plexnies, A., & Kersting, A. (2020). Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Affective Disorders*, 274, 420–434. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.049>
- Van Loon, A. J. M., Tijhuis, M., Picavet, H. S. J., Surtees, P. G., & Ormel, J. (2003). Survey non-response in the Netherlands: Effects on prevalence estimates and associations.

*Annals of Epidemiology*, 13(2), 105–110. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(02\)00257-0](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(02)00257-0)

Wen, F. H., Chou, W. C., Prigerson, H. G., Shen, W. C., Hsu, M. H., & Tang, S. T. (2022). Predictors of family caregivers' depressive- and prolonged-grief-disorder-symptom trajectories. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(4), 476–484.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.025>

Wen, F. H., Chou, W. C., Shen, W. C., & Tang, S. T. (2020). Distinctiveness of prolonged grief-disorder- and depressive-symptom trajectories in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1524–1532. <https://doi.org/10.1002/pon.5441>

Wen, F. H., Prigerson, H. G., Chou, W. C., Huang, C. C., Hu, T. H., Chiang, M. C., Chuang, L. P., & Tang, S. T. (2023). Comorbid prolonged grief, PTSD, and depression trajectories for bereaved family surrogates. *JAMA Network Open*, 6(11), e2342675. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42675>

Yao, D., Li, J., Ning, J., Long, M., Gai, Y., & Li, M. (2024). Meaning integration and grief trajectories within the first two years among Chinese: Latent growth modeling. *Journal of Loss and Trauma*, 30(1), 83–98. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2324292>

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know.

*World Psychiatry*, 8(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>



participants?

5. Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

6. For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

7. Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

8. For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome (e.g., categories of exposure, or exposure measured as

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA

NA



participants?

|                                                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 14. Was loss to follow-up after baseline 20% or less?                                                                                                                                        | No   | No   | No   | Yes  | NR   | No   | Yes  | Yes  | No   | No   | No   | Yes  | Yes  |
| 15. Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s)/independent variables and outcome(s)? <sup>b</sup> | NA   | NA   | Yes  | Yes  | No   | No   | Yes  | Yes  | Yes  | NA   | Yes  | NA   | Yes  |
| Quality rating                                                                                                                                                                               | Fair | Fair | Fair | Good | Poor | Fair | Fair | Good | Fair | Fair | Fair | Good | Good |

*Note.* Assessment criteria: Yes, No, NA (not applicable), NR (not reported); Quality ratings: Good (7-9), fair (4-6), poor (0-3).

<sup>a</sup> This question does not belong to the original version of this quality assessment, but we added it, because this question is relevant for the reliability of the articles.

<sup>b</sup> NA: Studies in which predictors were not investigated. No: Studies that only used univariate analyses or multivariate analyses without key potential confounding variables. Yes: Studies that used multivariate analyses with key potential confounding.

**Tabel 2***Samenvatting karakteristieken artikelen*

| Eerste auteur (jaar) | <i>N</i> | Steekproefkenmerken eerste meting                                                                                                                          | Meetmomenten                                                                                | Kenmerken en uitkomsten meetinstrumenten                                                                                                                              | Analyses                              |
|----------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Bonanno (2019)       | 282      | Verenigde Staten; 66% vrouw; gemiddelde leeftijd: 55.3 jaar. Overledene: partner; doodsoorzaak: n.g.                                                       | T1 = 3 maanden na overlijden; T2 = 14 maanden na overlijden; T3 = 25 maanden na overlijden. | Gestructureerd klinisch interview (16 items PCBD, 12 items PDG); <i>range</i> : n.g.; <i>cut-off</i> PCBD $\geq 60$ , <i>cut-off</i> PGD: n.g. Gemiddelde score: n.g. | <i>Growth Mixture Modeling</i>        |
| Djelantik (2022)     | 259      | Nederland; 76% vrouw; gemiddelde leeftijd: 55.8 jaar. Overledene: partner of kind (58%), anders (42%); doodsoorzaak: natuurlijk (89%), onnatuurlijk (11%). | 11 metingen, van één tot 27 maanden na overlijden.                                          | Nederlandse versie van ICG (13 items); <i>range</i> : 13-73; <i>cut-off</i> : n.g. Gemiddelde score: 35.35.                                                           | <i>Latent Growth Mixture Modeling</i> |

|                     |     |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                       |                                         |
|---------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Lenferink<br>(2018) | 172 | Nederland; 59% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: 51.55 jaar.<br>Overledene: kind (28%),<br>partner (1%), ouder (9%), broer<br>of zus (28%), ander familielid<br>(18%), vriend (7%), anders<br>(8%) <sup>a</sup> ; doodsoorzaak:<br>onnatuurlijk. | T1 = 10-17 maanden na<br>overlijden; T2 = 21-28<br>maanden na overlijden; T3<br>= 30-34 maanden na<br>overlijden; T4 = 41-43<br>maanden na overlijden. | TGI-SR (16 items); <i>range</i> : 16-80; <i>cut-off</i> $\geq 48$ . Gemiddelde score: n.g.                                                            | <i>Latent Class<br/>Growth Modeling</i> |
| Lundorff<br>(2020)  | 857 | Denemarken; 70% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: 70.3 jaar.<br>Overledene: partner;<br>doodsoorzaak: natuurlijk<br>(72%), onnatuurlijk (3%),<br>onbekend (25%).                                                                                 | T1 = 2 maanden na<br>overlijden; T2 = 6<br>maanden na overlijden; T3<br>= 11 maanden na<br>overlijden.                                                 | Combinatie van drie vragenlijsten:<br>PG-13, ICG, PCL-C (in totaal 12<br>items); <i>range</i> : 0-12; <i>cut-off</i> : n.g.<br>Gemiddelde score: 3.2. | <i>Growth Mixture<br/>Modeling</i>      |
| Nam<br>(2015)       | 225 | Verenigde Staten; 84% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: 63.66 jaar.                                                                                                                                                                              | T1 = 6 maanden na<br>overlijden; T2 = 12                                                                                                               | ICG (19 items); <i>range</i> : 0-76; <i>cut-off</i> :<br>n.g. Gemiddelde score: n.g.                                                                  | <i>Semi-parametric<br/>group-based</i>  |

|                   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                         |
|-------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                                    | Overledene: partner (50%),<br>anders (50%); doodsoorzaak:<br>natuurlijk.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | maanden na overlijden; T3<br>= 18 maanden na<br>overlijden.                                             |                                                                                                                                                                    | <i>mixture modeling</i>                                                 |
| Nielsen<br>(2018) | Steekproef<br>1: 1138;<br><br>steekproef<br>2: 597 | Steekproef 1: Denemarken;<br>65% vrouw; gemiddelde<br>leeftijd: 66.8 jaar. Overledene:<br>partner; doodsoorzaak<br>natuurlijk.<br><br>Steekproef 2: Denemarken;<br>81% vrouw; gemiddelde<br>leeftijd: 52.8 jaar. Overledene:<br>kind (4%), ouder (80%), broer<br>of zus (8%), vriend (2%), ander<br>familielid (7%) <sup>a</sup> ;<br>doodsoorzaak: natuurlijk. | T0 = 0 tot 6 maanden voor<br>overlijden; T1 = 6<br>maanden na overlijden;<br>T2 = 3 jaar na overlijden. | PG-13 (11 items); <i>range</i> : 11-55; <i>cut-</i><br><i>off</i> : n.g. Gemiddelde score voor<br>steekproef 1: 31.0; gemiddelde score<br>voor steekproef 2: 26.1. | <i>Semi-parametric</i><br><i>group-based</i><br><i>trajectory model</i> |
| Pociunaite        | 398                                                | Denemarken en Nederland;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | T1 = 6 tot 12 maanden na                                                                                | ICG-R (9 items), TGI-SR (11 items),                                                                                                                                | <i>Latent Growth</i>                                                    |

|                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                                                                       |                                                 |
|-----------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| (2023)          |     | 64% vrouw; gemiddelde leeftijd: 61.44 jaar. Overledene: partner (65%), kind (12%), ouder (6%), anders (18%) <sup>a</sup> ; doodsoorzaak: natuurlijk (60%), onnatuurlijk (40%).                                                                  | overlijden; T2 = 13-24 maanden na overlijden; T3 = 25-60 maanden na overlijden.                        | ICG (8 items); <i>range</i> : 10-50 <sup>b</sup> ; <i>cut-off</i> $\geq$ 33. Gemiddelde score: 27.06. | <i>Mixture Modeling</i>                         |
| Smith<br>(2019) | 275 | Verenigd Koninkrijk; 79% vrouw; gemiddelde leeftijd: 46.43 jaar. Overledene: partner (30%), kind (9%), ouder (38%), broer of zus (6%), ander familielid (14%), naaste niet-familielid (3%); doodsoorzaak: natuurlijk (90%), onnatuurlijk (10%). | T1 = 0 tot 6 maanden na overlijden; T2 = 6-12 maanden na overlijden; T3 = 12-18 maanden na overlijden. | PG-13 (11 items); <i>range</i> : 11-55; <i>cut-off</i> : n.g. Gemiddelde score: n.g.                  | <i>Latent Growth</i><br><i>Mixture Modeling</i> |

|                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                           |
|----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Sveen<br>(2018)                  | 170 | Zweden; 61% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: n.g.<br>Overledene: partner (27%),<br>kind (29%), ouder (32%), broer<br>of zus (15%), vriend(in) (4%),<br>grootouder (4%), schoonouder<br>(12%), ander familielid (21%);<br>doodsoorzaak: onnatuurlijk. | T1 = 1 jaar na overlijden;<br>T2 = 3 jaar na overlijden;<br>T3 = 6 jaar na overlijden.                                                                                                                  | ICG (19 items); <i>range</i> : 0-76; <i>cut off</i> :<br>n.g. Gemiddelde score: 34.58.               | <i>Latent Growth<br/>Mixture Modeling</i> |
| Wen<br>(2020) &<br>Wen<br>(2021) | 849 | Taiwan; 70% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: 53.29 jaar.<br>Overledene: partner (61%),<br>ouder (24%), anders (15%);<br>doodsoorzaak: natuurlijk.                                                                                                    | T0 = minder dan 1 maand<br>voor overlijden; T1 = 1<br>maand na overlijden; T2 =<br>3 maanden na overlijden;<br>T3 = 6 maanden na<br>overlijden; T4 = 13<br>maanden na overlijden; T5<br>= 18 maanden na | PG-13 (11 items); <i>range</i> : 11-55; <i>cut-<br/>off score</i> $\geq 36$ . Gemiddelde score: n.g. | <i>Latent Class<br/>Growth Analysis</i>   |

|               |     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                           |                                                                                           |                                                 |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                                                                            | overlijden; T6 = 24<br>maanden na overlijden.                                                                                             |                                                                                           |                                                 |
| Wen<br>(2023) | 303 | Taiwan; 58% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: n.g.<br>Overledene: partner (29%),<br>ouder (55%), anders (16%);<br>doodsoorzaak: natuurlijk.                                                   | T1 = 6 maanden na<br>overlijden; T2 = 13<br>maanden na overlijden; T3<br>= 18 maanden na<br>overlijden; T4 = 24<br>maanden na overlijden. | PG-13 (11 items); <i>range</i> : 11-55; <i>cut-off</i> $\geq 28$ . Gemiddelde score: n.g. | <i>Latent Growth</i><br><i>Mixture Modeling</i> |
| Yao<br>(2024) | 181 | China; 59% vrouw;<br>gemiddelde leeftijd: 56.62 jaar.<br>Overledene: partner (28%),<br>kind (12%), ouder (36%),<br>anders (24%); doodsoorzaak:<br>natuurlijk (57%), onnatuurlijk<br>(43%). | T1 = 6 maanden na<br>overlijden; T2 = 12<br>maanden na overlijden; T3<br>= 18 maanden na<br>overlijden.                                   | ICG (19 items); <i>range</i> : 0-76; <i>cut-off</i> :<br>n.g. Gemiddelde score: n.g.      | <i>Latent Class</i><br><i>Growth Modeling</i>   |

*Noot.* De gemiddelde score van de meetinstrumenten is gemeten bij baseline. n.g.: Niet gerapporteerd. ICG = *Inventory of Complicated Grief*. ICG-R = *Inventory of Complicated Grief Revised*. TGI-SR = *Traumatic Grief Inventory-Self Report*. PG-13: *Prolonged Grief-13*. PCL-C: *PTSD Checklist-Civilian Version*.

<sup>a</sup> Percentages zijn afgerond en komen daardoor niet altijd uit op exact 100%.

<sup>b</sup> De range begint bij tien, omdat de score werd berekend door de itemscores voor 10 PGD-symptomen bij elkaar op te tellen. De gegevens kwamen uit drie studies: Boelen et al. (2015), Lenferink et al. (2020) en O’Conner et al. (2015).

<sup>c</sup> Het percentage is groter dan 100%, omdat sommigen meer dan één dierbare hebben verloren.

**Tabel 3***Samenvatting resultaten artikelen*

| Artikel           | Aantal<br>trajecten | Trajecten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Gemeten voorspellers | Significante voorspellers |
|-------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Bonanno<br>(2019) | PCBD: 3<br>PGD: 5   | PCBD<br>1 = laag, afnemend (71%)<br>(intercept = 2.22, $p < .001$ ;<br>slope = -0.76, $p < .001$ )<br>2 = matig, afnemend (24%)<br>(intercept = 7.10, $p < .001$ ;<br>slope = -1.30, $p < .001$ )<br>3 = hoog, niet significante toe-<br>of afnemend (5%) (intercept =<br>10.88, $p < .001$ ; slope = -1.30, $p$<br>= 0.18) | Niet onderzocht      | Niet onderzocht           |

---

PGD

1 = laag, afnemend (58%)

(intercept = 1.58,  $p < .001$ ;

slope = -0.63,  $p < .001$ )

2 = matig, afnemend (18%)

(intercept = 3.63,  $p < .001$ ;

slope = -0.62,  $p < .001$ )

3 = matig, niet significante toe-

of afnemend (13%) (intercept

4.52,  $p < .001$ ; slope = 0.06,  $p =$

.80)

4 = hoog, toenemend (4%)

(intercept = 5.51,  $p < .001$ ;

slope = 1.23,  $p < .001$ )

5 = hoog, afnemend (7%)

(intercept = 6.26,  $p < .001$ ;

---

|                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |
|---------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |   | slope = -3.04, $p < .001$ )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |
| Djelantik<br>(2022) | 3 | <p>1 = laag, afnemend (66.4%)<br/>(intercept = 30.29, <math>p = n.g.</math>;<br/>slope = -0.50, <math>p = n.g.</math>)</p> <p>2 = hoog, afnemend (8.4%)<br/>(intercept = 42.65, <math>p = n.g.</math>;<br/>slope = -1.68, <math>p = n.g.</math>)</p> <p>3 = hoog, toenemend (25.1%)<br/>(intercept = 40.88, <math>p = n.g.</math>;<br/>slope = 0.054, <math>p = n.g.</math>)</p> | Niet onderzocht                                                                                                                                                                   | Niet onderzocht                                                                                                                                                 |
| Lenferink<br>(2018) | 2 | <p>1 = laag, afnemend (81.8%)<br/>(intercept = 38.97, <math>p &lt; .001</math>;<br/>slope = -0.55, <math>p = .011</math>)</p> <p>2 = hoog, niet significant toe- of<br/>afnemend (18.2%) (intercept =<br/>50.50, <math>p &lt; .001</math>; slope = .53, <math>p =</math></p>                                                                                                     | <p>Gender (man, vrouw)</p> <p>Leeftijd</p> <p>Opleidingsniveau (lager dan universiteit,<br/>universiteit)</p> <p>Overledene (kind of partner, anders dan<br/>kind of partner)</p> | <p>Univariate resultaten:</p> <p>Leeftijd 2 &gt; 1</p> <p>Functionele beperkingen 2 &gt; 1</p> <p>Multivariate resultaten:</p> <p>Opleidingsniveau 2 &lt; 1</p> |

|                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                              |                                                                                                                        |
|-----------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |   | .059)                                                                                                                                                                                                                                                  | Aantal verloren familieleden (een verlies, meerdere verliezen)                               | Overledene is kind of partner 2 > 1                                                                                    |
|                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Aantal stressvolle levensgebeurtenissen                                                      |                                                                                                                        |
|                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Psychologische steun na de vliegtuigcrash (ja, nee)                                          |                                                                                                                        |
|                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Eerdere mentale gezondheidsklachten (ja, nee)                                                |                                                                                                                        |
|                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                        | Functionele beperkingen                                                                      |                                                                                                                        |
| Lundorff (2020) | 4 | 1 = laag, afnemend (64.4%)<br>(intercept = 2.16, $p < .001$ ;<br>slope = -0.14, $p < .001$ )<br>2 = matig, niet significant toe-<br>of afnemend (20.4%) (intercept<br>= 4.50, $p < .001$ ; slope = -0.01,<br>$p = .644$ )<br>3 = hoog, afnemend (8.4%) | Gender (man, vrouw)<br>Optimisme<br>Neuroticisme<br>Mentale gezondheid<br>Fysieke gezondheid | Multivariate resultaten:<br>Optimisme 4 < 1<br>Mentale gezondheid 2, 3, 4 < 1; 4<br>> 2, 3<br>Fysieke gezondheid 2 < 1 |

(intercept = 6.58,  $p < .001$ ;

slope = -0.43,  $p < .001$ )

4 = hoog, niet significant toe- of

afnemend (6.8%) (intercept =

7.77,  $p < .001$ ; slope = -0.04,  $p$

= .487)

|            |   |                                        |                                            |                                   |
|------------|---|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nam (2015) | 2 | 1 = laag (73.8%) (intercept =          | Gender (man, vrouw)                        | Univariate resultaten:            |
|            |   | n.g., $p = n.g.$ ; slope = n.g., $p =$ | Leeftijd                                   | Leeftijd 2 < 1                    |
|            |   | n.g.)                                  | Opleidingsniveau (lager dan voortgezet     | Opleidingsniveau 2 < 1            |
|            |   | 2 = hoog (26.2%) (intercept =          | onderwijs, voortgezet onderwijs, hoger dan | Sociale activiteiten 2 > 1        |
|            |   | n.g., $p = n.g.$ ; slope = n.g., $p =$ | voorgezet onderwijs)                       | Negatieve sociale interacties 2 < |
|            |   | n.g.)                                  | Werkend (ja, nee)                          | 1                                 |
|            |   |                                        | Jaarlijks gezinsinkomen (lager dan         | Dood als opluchting voor de       |
|            |   |                                        | \$19.999, \$20.000-\$39.999, meer dan      | mantelzorger 2 < 1                |
|            |   |                                        | \$40.000)                                  | Mate waarin de mantelzorger       |
|            |   |                                        | Economische problemen (ja, nee)            | voorbereid was op de dood 2 < 1   |

|                   |                    |                                                                                                                                 |                                                                         |                                 |
|-------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                   |                    |                                                                                                                                 | Sociale steun                                                           |                                 |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Tevredenheid met sociale steun                                          |                                 |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Sociale activiteiten                                                    |                                 |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Negatieve sociale interacties                                           |                                 |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Mate waarin de dood een opluchting was<br>voor de mantelzorger          |                                 |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Mate waarin de mantelzorger voorbereid<br>was op de dood                |                                 |
| Nielsen<br>(2018) | Steekproef<br>1: 5 | Steekproef 1<br>1 = laag, niet significant toe- of<br>afnemend (34%) (intercept =<br>n.g., p = n.g.; slope = n.g., p =<br>n.g.) | Gender (man, vrouw)                                                     | Steekproef 1                    |
|                   | Steekproef<br>2: 4 | 2 = laag, toenemend, afnemend<br>(10%) (intercept = n.g., p =<br>n.g.; slope = n.g., p = n.g.)                                  | Leeftijd                                                                | Univariate resultaten:          |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Opleidingsniveau (minder dan 10 jaar, 10-<br>15 jaar, meer dan 15 jaar) | Vrouwen 3, 4 > 1                |
|                   |                    |                                                                                                                                 | Overlevingstijd van de patiënt <sup>a</sup>                             | Leeftijd 3, 4 < 1               |
|                   |                    |                                                                                                                                 |                                                                         | Opleidingsniveau 2, 3, 4, 5 < 1 |
|                   |                    |                                                                                                                                 |                                                                         | Steekproef 2                    |
|                   |                    |                                                                                                                                 |                                                                         | Univariate resultaten:          |

3 = matig, afnemend (30%)

(intercept = n.g., p = n.g.; slope  
= n.g., p = n.g.)

4 = hoog, afnemend (20%)

(intercept = n.g., p = n.g.; slope  
= n.g., p = n.g.)

5 = hoog, niet significant toe- of  
afnemend (7%) (intercept =  
n.g., p = n.g.; slope = n.g., p =  
n.g.)

Steekproef 2

1 = laag, niet significant toe- of  
afnemend (45%) (intercept =  
n.g., p = n.g.; slope = n.g., p =  
n.g.)

Vrouwen 2, 3 > 1

Leeftijd 2, 3, 4 < 1

Opleidingsniveau 2, 3, 4 < 1

2 = matig, afnemend (31%)

(intercept = n.g.,  $p = \text{n.g.}$ ; slope  
= n.g.,  $p = \text{n.g.}$ )

3 = hoog, afnemend (16%)

(intercept = n.g.,  $p = \text{n.g.}$ ; slope  
= n.g.,  $p = \text{n.g.}$ )

4 = hoog, niet significant toe- of

afnemend (8%) (intercept =

n.g.,  $p = \text{n.g.}$ ; slope = n.g.,  $p =$   
n.g.)

Pociunaite 4  
(2023)

1 = laag, afnemend (49%)

(intercept 22.16,  $p < .001$ ; slope  
= -0.22,  $p = .046$ )

2 = hoog, snel afnemend (10%)

(intercept = 32.32,  $p < .001$ ;  
slope = -1.78,  $p = .002$ )

Gender (man, vrouw)

Leeftijd

Opleidingsniveau (lager dan universiteit,  
hoger of gelijk aan universiteit)

Overledene (partner of kind, ouder of  
anders)

Univariate resultaten:

Leeftijd  $3 < 1$

Opleidingsniveau  $3, 4 < 1$ ;  $4 < 2$

Onnatuurlijke doodsoorzaak  $3, 4$   
 $> 1$

|              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Smith (2019) | 4 | 3 = hoog, traag afnemend<br>(35%) (intercept = 30.91, $p < .001$ ; slope = -0.60, $p < .001$ )<br>4 = hoog, niet significant toe- of afnemend (6%) (intercept = 37.21, $p < .001$ ; slope = -0.05, $p = .544$ )                                                                                   | Doodsoorzaak (natuurlijk, onnatuurlijk)                                                                                                                                                                                                                                          | Multivariate resultaten:<br>Opleidingsniveau 2, 3, 4 < 1<br>Onnatuurlijke doodsoorzaak 3, 4 > 1                                                                                                                              |
|              |   | 1 = laag, afnemend (40.7%)<br>(intercept = 25.63, $p < .001$ ; slope = 3.69, $p < .001$ )<br>2 = hoog, sterk afnemend<br>(13.1%) (intercept = 38.94, $p < .001$ ; slope = -9.56, $p < .001$ )<br>3 = hoog, licht afnemend<br>(37.8%) (intercept = 39.67, $p < .001$ ; slope = -3.43, $p < .001$ ) | Gender (man, vrouw)<br>Leeftijd<br>Etniciteit (wit, anders)<br>Opleidingsniveau (geen kwalificaties, voortgezet onderwijs, universitair diploma, postdoctorale graad)<br>Overledene (overledene was een partner, kind, broer of zus, ouder, andere verwant, naaste niet-verwant) | Univariate resultaten:<br>Verliesgerelateerde<br>geheugenkarakteristieken 4 > 1, 2<br><i>Negative appraisals</i> <sup>b</sup> 4 > 1, 2; 3 > 2<br>Negatieve copingstrategieën 4 > 1, 2; 3 > 2<br>Veerkracht van rouw 4 < 1, 2 |

|              |                                         |                                                                  |                                                     |
|--------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|              | 4 = hoog, toenemend (8.4%)              | Tijd sinds het verlies                                           | Multivariate resultaten:                            |
|              | (intercept = 44.55, $p < .001$ ;        | Lengte van de relatie                                            | Verlies van kind 4 > 1, 2, 3                        |
|              | slope = 1.09, $p = .02$ )               | Doodsoorzaak (gewelddadig, niet-gewelddadig)                     | Gezonde afhankelijkheid 3 < 2                       |
|              |                                         | Angstige gehechtheid                                             | Verliesgerelateerde                                 |
|              |                                         | Vermijdende gehechtheid                                          | geheugenkarakteristieken 4, 3, 2                    |
|              |                                         | Onafhankelijkheid van de overledene                              | > 1; 3 < 2                                          |
|              |                                         | Gezonde afhankelijkheid                                          | <i>Negative appraisals</i> <sup>b</sup> 3, 4 > 1; 3 |
|              |                                         | Verliesgerelateerde                                              | > 2; 4 > 1, 2                                       |
|              |                                         | geheugenkarakteristieken <i>Negative appraisals</i> <sup>b</sup> | Veerkracht van rouw 3 < 2                           |
|              |                                         | Negatieve copingstrategieën                                      |                                                     |
|              |                                         | Veerkracht van rouw                                              |                                                     |
| Sveen (2018) | 3                                       | 1 = laag, afnemend (41%)                                         | Univariate resultaten:                              |
|              | (intercept = 20.10, $p = \text{n.g.}$ ; | Gender (man, vrouw)                                              | Acceptatie 2, 3 < 1; 2 > 3                          |
|              | slope = -2.39; $p < .001$ )             | Leeftijd (16-24, 25-40, 41-60, 61+)                              | Verlangen 1 < 2, 3                                  |
|              |                                         | Aantal stressvolle gebeurtenissen na de                          |                                                     |

|            |   |                                    |                                     |                                  |
|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
|            |   | 2 = hoog, afnemend (48%)           | ramp (0, 1-2, >3)                   | Ongeloof 1 < 2, 3; 2 < 3         |
|            |   | (intercept = 41.84, p = n.g.;      | Ernst van blootstelling aan de ramp | Woede 1 < 2, 3; 2 < 3            |
|            |   | slope = -2.84, p < .001)           | (ernstig, matig)                    |                                  |
|            |   | 3 = hoog, niet significant toe- of | Tevredenheid met sociale steun      | Multivariate resultaten:         |
|            |   | afnemend (11%) (intercept =        | Verlies van een kind (ja, nee)      | Vrouwen 2, 3 > 1                 |
|            |   | 46.83, p = n.g.; slope = 0.04, p   | Meerdere verliezen (ja, nee)        | Verlies van kind 2, 3 > 1        |
|            |   | = .94)                             | Posttraumatische stresssymptomen    | Tevredenheid met sociale steun 2 |
|            |   |                                    | Acceptatie <b>(1 item uit ICG)</b>  | > 1                              |
|            |   |                                    | Verlangen <b>(1 item uit ICG)</b>   | PTS-symptomen op T1 2, 3 > 1     |
|            |   |                                    | Ongeloof <b>(1 item uit ICG)</b>    |                                  |
|            |   |                                    | Woede <b>(1 item uit ICG)</b>       |                                  |
| Wen (2020) | 5 | 1 = laag, afnemend (37%)           | Gender (man, vrouw)                 | Multivariate resultaten:         |
| & Wen      |   | (intercept = 22.06, p < .001;      | Leeftijd                            | Financiële moeilijkheden 2, 4 >  |
| (2021)     |   | slope = -0.94, p < .001)           | Financiële moeilijkheden (ja, nee)  | 1                                |
|            |   | 2 = hoog, snel afnemend            | Overledene (partner, ouder, anders) | Depressieve symptomen voor het   |
|            |   | (42.6%) (intercept = 35.24, p <    | Depressieve symptomen voor het      | overlijden 4 > 1                 |

|            |   |                                                                                                                 |                                                       |                                   |
|------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|            |   | .001; slope = -1.91, $p < .001$ )                                                                               | overlijden                                            | Verlies van partner 2 > 1         |
|            |   | 3 = hoog, afnemend, toenemend                                                                                   | Waargenomen sociale ondersteuning na                  | Verlies van ouder 4 < 1           |
|            |   | (6.8%) (intercept = 36.40, $p < .001$ ; slope = -1.32, $p < .001$ )                                             | het overlijden                                        | Subjectieve mantelzorglast 1 > 2, |
|            |   |                                                                                                                 | Omstandigheden rondom het overlijden <sup>c</sup>     | 4                                 |
|            |   | 4 = hoog, niet significant toe- of afnemend (9.8%) (intercept = 43.80, $p < .001$ ; slope = -1.30, $p = n.s.$ ) | Bewustzijn van prognose voor het overlijden (ja, nee) | Coping capaciteit 2, 3, 4, 5 < 1  |
|            |   |                                                                                                                 | Subjectieve mantelzorglast (ja, nee)                  |                                   |
|            |   |                                                                                                                 | Coping capaciteit                                     |                                   |
|            |   | 5 = hoog, niet significant toe- of afnemend (3.8%) (intercept = 47.19, $p < .001$ ; slope = -0.63, $p = n.s.$ ) |                                                       |                                   |
| Wen (2023) | 3 | 1 = laag, afnemend (83.5%) (intercept = 16.75, $p < .001$ ; slope = -4.52, $p < .001$ )                         | Niet onderzocht                                       | Niet onderzocht                   |
|            |   | 2 = matig, afnemend (11.9%)                                                                                     |                                                       |                                   |

(intercept = 29.14,  $p < .001$ ;

slope = -10.21,  $p < .001$ )

3 = hoog, niet significant toe- of

afnemend (4.6%) (intercept =

38.42,  $p < .001$ ; slope = -7.28,  $p$

= .07)

Yao (2024) 4

1 = laag, niet significant toe- of

afnemend (44.2%) (intercept =

18.15,  $p = \text{n.g.}$ ; slope = -3.95,  $p$

= n.g.)

2 = laag, toenemend (6.3%)

(intercept = 20.58,  $p = \text{n.g.}$ ;

slope = -17.94,  $p = \text{n.g.}$ )

3 = matig, afnemend (31.7%)

(intercept = 35.33,  $p = \text{n.g.}$ ;

slope = -2.82,  $p = \text{n.g.}$ )

Gender (man, vrouw)

Leeftijd

Opleidingsniveau (basisschool en lager,  
middelbare school en hoger)

Overledene (ouder, partner, kind, anders)

Doodsoorzaak (natuurlijk, onnatuurlijk)

Religie (niet-religieus, religieus)

Burgerlijke staat (single, getrouwd,  
weduwe)

Leeftijd van de overledene

Univariate resultaat:

Leeftijd van overledene  $4 < 1, 2,$

3

Multivariate resultaat:

Coping capaciteit T1 verschil

tussen 4 en 1

Coping capaciteit T2 verschil

tussen 4 met 1 en 3

|                                               |                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 4 = hoog, niet significant toe- of            | Mate van psychologische voorbereiding |
| afnemend (17.2%) (intercept =                 | Mate van intimiteit met de overledene |
| 48.26, $p = \text{n.g.}$ ; slope = -7.74, $p$ | Coping capaciteit T1 <sup>d</sup>     |
| = n.g.)                                       | Coping capaciteit T2 <sup>d</sup>     |

Noot. n.g.: Niet gerapporteerd. n.s.: Niet significant.

<sup>a</sup> In Denemarken krijgen patiënten medicijnvergoeding als een arts heeft vastgesteld dat ze terminaal ziek zijn. De overlevingstijd van de patiënt is de tijd vanaf het begin van het krijgen van medicijnvergoeding tot het overlijden. Omdat de duur van de overlevingstijd varieert, verschilt ook het interval waarin deelnemers de vragenlijsten invullen. Hierdoor kunnen de gerapporteerde rouwsymptomen variëren, aangezien psychische *distress* waarschijnlijk toeneemt naarmate het overlijden dichterbij komt.

<sup>b</sup> *Negative appraisals* wordt op een zevenpuntsschaal (1 totaal oneens tot 7 totaal eens) gemeten met vijf factoren: verlies van jezelf en het leven, spijt, catastrofale gevolgen van verdriet, verlies van relaties en toekomst en angst om de verbinding met de overledene te verliezen.

<sup>c</sup> De omstandigheden rondom het overlijden bestaan uit: vreedzame of gewelddadige overlijden, waargenomen lijden van de overledene, de duur van het sterven en de voorbereiding op het overlijden.

<sup>d</sup> Wordt gemeten door te vragen of de nabestaande een nieuwe betekenisstructuur heeft geconstrueerd na het overlijden.

<sup>e</sup> Trajecten 4 en 5 van Wen (2020) blijven afzonderlijke trajecten, maar door onze herclassificatie hebben ze dezelfde benaming gekregen. ondanks deze overeenkomst in naam blijven de trajecten inhoudelijk gescheiden zoals oorspronkelijk gerapporteerd in Wen (2020)