

Master Thesis Erasmus School of Social and Behavioral Sciences

Discrepancies Tussen Ouder- en Kinderrouwreportages: De Rol van Ouderlijke
Rouwreacties

Student: Fientje Suntrop

Studentnummer: 560154

E-mail: 560154fs@eur.nl

Eerste beoordelaar: Minita Franzen

Tweede beoordelaar: Ruth Van der Hallen

Studie: Master Klinische Psychologie

Datum: 27 oktober 2025

Aantal woorden: 8161

Abstract

Adolescenten die een dierbare verliezen, vormen een kwetsbare groep voor persisterende rouwreacties. Omdat zij hun emoties vaak minder delen, is het de vraag in hoeverre ouders de rouw van de adolescenten accuraat inschatten, en of de mate van de rouw van ouders hierbij een rol speelt. Het huidige onderzoek richt zich op (1) de discrepantie tussen zelfrapportages van adolescenten en ouderrapportages over de rouwreacties van adolescenten, en (2) de invloed van de rouw van ouders op eventuele discrepanties tussen zelfrapportages van adolescenten en ouderrapportages. Het onderzoek had een cross-sectioneel design en maakte gebruik van data van twee deelonderzoeken (rouwbehandeling.nl en *TrafVic Kids*). De steekproef bestond uit 89 ouder-adolescentkoppels. Rouwreacties werden gemeten met de *Traumatic Grief Inventory-Kids-Clinician Administered* (TGI-K-CA) voor adolescenten en ouderrapportages en de *Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus* (TGI-SR+) voor zelfrapportages ouders. Er werd geen significante discrepantie gevonden tussen ouderrapportages en zelfrapportages van adolescenten. Een meervoudige regressieanalyse toonde dat hogere rouw bij ouders een significante voorspeller was van de discrepantie tussen ouderrapportages en zelfrapportages van adolescenten. De bevindingen suggereren dat ouders over het algemeen goed zicht hebben op de rouw van hun kind, maar dat hun eigen rouwreacties dit beoordelingsvermogen kunnen beïnvloeden. Dit benadrukt het belang om zowel het perspectief van de adolescent als dat van de ouder mee te nemen in klinische diagnostiek en begeleiding.

Sleutelwoorden: rouw, persisterende rouwstoornis, adolescenten, ouders, ouder-kind discrepanties

In 2024 overleden er 172.000 mensen in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). Op basis van de aanname dat ieder overlijden gemiddeld drie nabestaanden achterlaat (Buur et al., 2023), betekent dit dat er in 2024 ongeveer 520.000 rouwenden waren. Binnen deze groep verliezen jaarlijks ruim 12.000 kinderen jonger dan 25 jaar een ouder (CBS, 2022). Met name adolescenten lopen een relatief hoog risico op ouderverlies, omdat hun ouders doorgaans ouder zijn. De adolescentie, een ontwikkelingsfase die loopt van 10 tot 25 jaar (Jaworska & MacQueen, 2015), wordt gekenmerkt door verhoogde emotionele reactiviteit en risicovol gedrag (McLaughlin et al., 2015). Op het gebied van rouwverwerking accepteren adolescenten minder snel hulp en houden hun emoties vaak voor zichzelf (Chandran et al., 2025). Hun sterke behoefte aan aansluiting bij leeftijdsgenoten (Blum et al., 2022), gecombineerd met moeite hebben om over rouw te praten, kan leiden tot gevoelens van isolatie (Hemberg et al., 2022). Daarnaast maakt de grotere cognitieve capaciteit van adolescenten, in vergelijking tot de cognitieve capaciteit van jongere kinderen, hen gevoelig voor piekeren en overdenken (Scaini et al., 2020). Deze kenmerken maken adolescenten tot een kwetsbare groep, waarbij rouwreacties gemakkelijk onopgemerkt kunnen blijven.

Rouw en Persisterende Rouwstoornis

Voor de meeste mensen verloopt het rouwproces op een adaptieve wijze, waarbij de rouwsymptomen over het algemeen mild zijn (Boelen et al., 2006), er sprake is van veerkracht en de klachten in de loop der tijd afnemen (Szuhany et al., 2021). Een substantiële minderheid van circa vijf tot tien procent ervaart echter langdurige en intensieve rouwreacties die zich kunnen ontwikkelen in een persisterende rouwstoornis (PRS; Buur et al., 2023). PRS is een recent opgenomen classificatie in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Tekst Revision* (DSM-5-TR) en wordt gekenmerkt door chronische rouwsymptomen, waaronder een intens verlangen naar de overledene of preoccupatie met gedachten of herinneringen aan de overledene (American Psychiatric Association [APA], 2022, p. 323). Daarnaast omvatten de symptomen identiteitsverstoring, ongelooft over de dood, vermijding van herinneringen dat de persoon is overleden, intense emotionele pijn, moeite met re-integreren in eigen relaties en activiteiten na het overlijden, emotionele gevoelloosheid, het gevoel hebben dat het leven betekenisloos is en intense eenzaamheid als resultaat van het overlijden. Deze symptomen veroorzaken klinisch significante stress en/of beperkingen in sociale, beroepsmatige of andere gebieden van functioneren. Bovendien overschrijden de duur en intensiteit van de klachten de sociale, culturele of religieuze verwachte normen binnen de context van het individu. Om een diagnose te stellen dienen de rouwreacties na twaalf maanden

nog in significante mate aanwezig te zijn; voor kinderen en adolescenten geldt hiervoor een termijn van zes maanden. Voor het vaststellen van PRS bij kinderen worden dezelfde symptoomcriteria gehanteerd als bij volwassenen, waarbij het belangrijkste verschil de duur van de klachten is.

Rouwreacties bij adolescenten

Hoewel de diagnostische criteria overeenkomen met die van volwassenen, kunnen de symptomen zich bij adolescenten anders manifesteren (Alvis et al., 2022). De adolescentie is een levensfase die wordt gekenmerkt door cognitieve en emotionele veranderingen, die invloed kunnen hebben op hoe verlies wordt verwerkt en geuit (Boelen & Spuij, 2024). Door hun groeiende cognitieve vermogen zijn adolescenten, beter dan jongere kinderen tot 10 jaar, in staat om de betekenis van een verlies te begrijpen (Chachar et al., 2021), maar kan dit ook de kans op piekeren vergroten (Scaini et al., 2020). Adolescenten vertonen over het algemeen een verhoogde emotionele reactiviteit en grotere fluctuaties in hun stemming (Green et al., 2021), wat, in combinatie met de ontwikkelingscontext van rouw bij adolescenten (Alvis et al., 2022), ertoe kan leiden dat hun rouwreacties intenser en wisselender zijn dan bij volwassenen of kinderen tot 10 jaar. Deze rouwreacties kunnen door de omgeving soms verkeerd worden geïnterpreteerd als stress, depressie of puberale stemmingswisselingen (Chandran et al., 2025). Onderzoek laat zien dat rouwende adolescenten, vergeleken met niet rouwende adolescenten, een verhoogd risico lopen op uiteenlopende klachten, waaronder depressieve symptomen, posttraumatische stress, middelengebruik en suïcidaal gedrag (Brent et al., 2012; Cerel et al., 2006; Kaplow et al., 2010). Daarnaast zijn er negatieve langetermijngevolgen gevonden voor schoolprestaties, sociale relaties en algemene ontwikkelingscompetenties (Brent et al., 2012; Burns et al., 2020). Adolescenten zijn bovendien vaak terughoudend in het delen van hun emoties (Chandran et al., 2025) en kunnen de noodzaak voelen om zelfredzaam te zijn of willen familieleden ontzien (Andriessen et al., 2018), waardoor open gesprekken over verlies vermeden kunnen worden. Deze combinatie van emotionele en cognitieve ontwikkeling en communicatieve terughoudendheid kan adolescenten kwetsbaar maken en de kans vergroten dat hun rouwreacties door ouders of andere volwassenen niet worden herkend. Het tijdig herkennen van deze aspecten is daarom essentieel om passende ondersteuning te kunnen bieden.

Ouderlijk inzicht in rouwreacties van adolescenten

De eerder beschreven kenmerken van adolescenten maken duidelijk dat hun rouwreacties niet altijd zichtbaar zijn voor hun omgeving. Dit kan het voor ouders lastig maken om accuraat in te schatten hoe hun kind met verlies omgaat. Wanneer ouders de signalen van hun kind niet herkennen, bestaat het risico dat de rouw onvoldoende wordt opgemerkt en dat passende ondersteuning uitblijft (Alvis et al., 2022). Dit roept de vraag op in hoeverre ouders een accuraat beeld hebben van de rouwreacties van hun kind. Wetenschappelijk onderzoek specifiek naar ouderlijk inzicht in rouwreacties van hun kind werd niet gevonden. Onderzoek buiten de context van rouw laat zien dat ouders psychische klachten van hun kind regelmatig zowel onder- als overschatten (Boyd et al., 2023; De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006; Shay et al., 2024). In het bijzonder blijkt dat internaliserende klachten, zoals verdriet en terugtrekgedrag, vaak worden onderschat (De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006). Dit is aannemelijk gezien de neiging van adolescenten om emoties te verbergen en hun onafhankelijkheid te benadrukken (Andriessen et al., 2018). Tegelijkertijd tonen andere studies aan dat ouders de klachten van hun kind juist overschatten, vooral wanneer ouders zelf verhoogde niveaus van stress of depressieve symptomen ervaren (Boyd et al., 2023; Shay et al., 2024). Hoewel de richting van deze discrepantie varieert, is er consistent bewijs voor een lage ouder-adolescentovereenstemming in het rapporteren van psychische symptomen. Binnen de context van rouw is deze discrepantie echter nog niet onderzocht, waardoor onduidelijk is in hoeverre dergelijke discrepanties ook optreden bij rouwreacties van adolescenten.

De invloed van rouwreacties ouders

Vanuit een gezins- en systeemgericht perspectief wordt rouw gezien als een relationeel proces, waarbij verschillende gezinsleden gelijktijdig met verlies geconfronteerd worden (Stroebe & Schut, 2015). Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat verhoogde niveaus van PRS bij ouders een voorspeller zijn voor hogere niveaus bij hun volwassen kinderen, terwijl dit verband in omgekeerde richting niet werd gevonden (Lenferink & O'Connor, 2023). Hoewel deze studie zich op volwassenen richtte, suggereert dit dat de rouwreacties van ouders invloed kunnen hebben op de rouwreacties van hun kinderen. Voor adolescenten kan dit verband nog sterker spelen, omdat zij enerzijds gevoelig zijn voor de emoties van hun ouders (Chaplin et al., 2024; Chiang et al., 2024) en anderzijds minder geneigd zijn hun eigen gevoelens van rouw openlijk te delen (Martin et al., 2017). Ook buiten de context van rouw is aangetoond dat adolescenten van ouders die hoge niveaus van psychische klachten rapporteren, zelf eveneens meer klachten

ervaren (De Los Reyes et al., 2015). Deze bevindingen wijzen erop dat adolescenten met sterk rouwende ouders een bijzonder kwetsbare groep vormen.

De rol van rouwreacties van ouders op inschattingen van rouwreacties bij adolescenten

Om een adolescent in het rouwproces goed te kunnen ondersteunen is het van belang dat ouders hun klachten en rouwreacties accuraat kunnen inschatten. Onderzoek laat echter zien dat ouders buiten de context van rouw psychische klachten van hun kinderen regelmatig zowel onder- als overschatten (Boyd et al., 2023; De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006; Shay et al., 2024). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders zelf in een intensief rouwproces verkeren, waardoor hun aandacht voor de signalen van hun kind afneemt. Het verlies van een kind of partner kan leiden tot ernstige en langdurige rouwreacties, die worden gekenmerkt door diep verdriet en sociale isolatie (Cuervo-Suarez et al., 2022) en een verhoogd risico op PRS of andere mentale gezondheidsproblemen (Champion & Kilcullen, 2023; Ouyang et al., 2024). Wanneer ouders kampen met zulke klachten, kan dit hun vermogen om de rouw van hun kind accuraat te herkennen verder bemoeilijken. Onderzoek buiten de context van rouw laat zien dat depressieve symptomen van ouders samenhangen met grotere discrepanties tussen ouder- en adolescentrapportages (Brocker et al., 2023; Löchner et al., 2023). Volgens de depressie-vervormingshypothese (*depression-distortion hypothesis*; Richters, 1992) kunnen depressieve symptomen bij ouders leiden tot een negatieve interpretatiebias, waardoor zij depressieve klachten van hun kind kunnen overschatten. Empirisch onderzoek ondersteunt deze hypothese, waarbij ouders met hogere niveaus van depressieve klachten meer problematiek bij hun kind rapporteren dan hun kind zelf aangeeft (Brocker et al., 2023; Löchner et al., 2023). Eerder werd duidelijk dat internaliserende klachten bij adolescenten juist onderschat kunnen worden door hun ouders (De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006). Deze bevindingen suggereren dat de richting van de discrepantie tussen ouder- en adolescentrapportages kan variëren afhankelijk van de aard van de symptomen en de intensiteit van de klachten van ouders. In de context van rouw is het daarom van belang om niet alleen te onderzoeken óf er discrepanties bestaan tussen ouder- en adolescentrapportages van rouw, maar ook in welke richting deze optreden en of de mate van de rouwreacties van ouders samenhangt met de omvang van deze discrepanties.

Het huidige onderzoek

In het huidige onderzoek zullen ouder-adolescentkoppels worden onderzocht aan de hand van zelfrapportages over rouwreacties en een inschattingsrapportage van ouders over de rouwreacties van hun kind. In dit onderzoek staan twee onderzoeksvragen centraal. Ten eerste wordt onderzocht of ouders de rouwreacties van adolescenten accuraat kunnen inschatten door de inschattingen van ouders te vergelijken met de zelfrapportages van adolescenten over de rouwreacties van adolescenten. Ten tweede wordt, voortbouwend op de eerste vraag, onderzocht wat voor effect de rouw van ouders heeft op het accuraat inschatten van de rouw van hun kind.

Op basis van eerdere tegenstrijdige bevindingen over de mate waarin ouders psychische klachten van adolescenten accuraat kunnen inschatten (Boyd et al., 2023; De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006; Shay et al., 2024), wordt er in dit onderzoek verwacht dat er een discrepantie bestaat tussen de zelfrapportages van adolescenten en ouderlijke inschattingen. Omdat er in eerdere onderzoeken zowel onderschattingen (De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006) als overschattingen (Boyd et al., 2023; Shay et al., 2024) werden gevonden, is er geen verwachting over de richting van deze discrepantie. Verder wordt er, in lijn met de depressie-vervormingshypothese (Richters, 1992) en eerdere bevindingen over depressie bij ouders (Brocker et al., 2023; Löchner et al., 2023), verwacht dat ouders met hogere niveaus van rouw de rouwreacties van hun adolescent minder accuraat inschatten. Meer specifiek wordt verwacht dat hogere rouw bij ouders samenhangt met grotere discrepanties, doordat eigen emotionele belasting het vermogen vermindert om signalen van het kind objectief waar te nemen.

Methode

Design

Het onderzoek was een kwantitatief, observationeel vragenlijstonderzoek met een cross-sectioneel design. De data werden op één meetmoment verzameld.

Participanten

De data uit het huidige onderzoek waren afkomstig uit twee deelonderzoeken. Het eerste deel van de data werd verzameld via het platform rouwbehandeling.nl. Dit is een online platform dat informatie biedt over verlies en rouw voor volwassenen en kinderen. Op dit platform wordt de mogelijkheid geboden om een “rouwmeter” in te vullen, die de mate van rouw meet bij volwassenen en kinderen. Deze meting kan een indicatie geven of mensen gebaat zijn bij professionele hulp. Deelnemers konden vrijwillig deelnemen aan het onderzoek door

vragenlijsten in te vullen over hun klachten. Aan het eind van de vragenlijst werd toestemming gevraagd om de gegevens op te slaan voor wetenschappelijk gebruik. De data van dit deelonderzoek werden verzameld in de periode van 25 maart 2024 tot en met 26 februari 2025.

Het tweede deel van de data was afkomstig uit het onderzoek “*TrafVic Kids*” (Van Dijk et al., 2023). Dit onderzoek richtte zich op kinderen en jongeren die een dierbare hebben verloren door een verkeersongeval. Echter, namen aan dit onderzoek ook participanten deel die een dierbare hadden verloren door andere oorzaken, zoals een lichamelijke ziekte, een ongeval, suicide, moord of doodslag, of een andere oorzaak. Hierbij werden vragenlijsten gebruikt om symptomen van PRS te meten. Werving vond plaats via rouw- en verkeersslachtofferorganisaties, sociale media, scholen en hulpverleningsinstanties. Deelname bestond uit een online interview, van ongeveer 60 min, voor kinderen en een ouders. In totaal namen 90 kinderen deel aan dit onderzoek, in de leeftijdscategorie tussen 8 tot 18 jaar. Zowel de kinderen als hun ouder(s)/verzorger(s) gaven geïnformeerde toestemming voor deelname. De data van dit onderzoek werden verzameld in de periode van 6 juli 2021 tot en met 24 oktober 2023.

Gezamenlijk vormden deze twee deelonderzoeken de steekproef waarop de analyses in het huidige onderzoek waren gebaseerd. Na het samenvoegen van de data waren er in totaal 270 participanten. Voor het huidige onderzoek werden enkel adolescenten geïnccludeerd, hierbij werden kinderen jonger dan 10 jaar niet meegenomen. Daarnaast werden alleen participanten geïnccludeerd die alle benodigde vragenlijsten volledig hadden ingevuld, waarbij zowel de adolescent als de ouder de *Traumatic Grief Inventory-Kids-Clinician Administered* (TGI-K-CA) vragenlijst hadden ingevuld en de ouders tevens de *Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus* (TGI-SR+; Lenferink et al., 2021).

De exclusiecriteria betroffen: (1) participanten jonger dan 10 jaar, (2) participanten waarbij één of meerdere van de benodigde vragenlijsten (TGI-K-CA en/of TGI-SR+) geheel ontbraken, en (3) participanten die één of meer vragenlijsten onvolledig hadden ingevuld. Hoewel bovenstaande exclusiecriteria voor het gehele onderzoek golden, verschilden de benodigde vragenlijsten per onderzoeksvraag, waardoor het aantal deelnemers per analyse uiteenliep. Voor onderzoeksvraag 1 werden participanten geïnccludeerd bij wie zowel het kind als de ouder de TGI-K-CA hadden ingevuld. Voor onderzoeksvraag 2 gold aanvullend dat ouders ook de TGI-SR+ volledig hadden ingevuld. De uiteindelijke steekproef voor de eerste onderzoeksvraag bestond uit 89 participanten waarvan 62 meisjes en 27 jongens, met een gemiddelde leeftijd van 14.2 ($SD = 2.61$). De steekproef voor de tweede onderzoeksvraag bestond uit 67 participanten, waarvan 43 meisjes en 24 jongens met een gemiddelde leeftijd

van 14.0 ($SD = 2.65$). Verdere demografische, verlies-gerelateerde en rouw-gerelateerde kenmerken van de steekproef zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1

Demografische, verlies-gerelateerde en rouw-gerelateerde kenmerken

Demografische kenmerken	Sample 1: Discrepantie ouder-adolescent ($N = 89$)	Sample 2: Invloed rouw ouders op discrepantie ($N = 67$)
Bron dataset (N (%))		
Rouwbehandeling.nl	24 (26.9)	2 (3.0)
TrafVic Kids	65 (73.1)	65 (95.6)
Gender (N (%))		
Meisjes	62 (69.7)	43 (64.2)
Jongens	27 (30.3)	24 (35.8)
Anders	0	0
Vrouw	76 (85.4)	59 (88.1)
Man	13 (14.6)	8 (11.9)
Anders	0	0
Leeftijd adolescent (M (SD))	14.15 (2.61)	14.04 (2.65)
Geboorteplaats adolescent (N (%))		
Nederland	62 (69.7)	62 (92.5)
Anders	3 (3.3)	3 (3.5)
Schoolniveau adolescent (N (%))		
Basisschool	17 (19.1)	17 (25.4)
Middelbare school	34 (38.2)	34 (50.7)
MBO	5 (5.6)	5 (7.5)
HBO	4 (4.5)	4 (6.0)
WO	1 (1.1)	1 (1.5)
Geen school/werk	4 (4.5)	5 (6.0)
Verlies-gerelateerde kenmerken		
Relatie adolescent tot overleden dierbare (N (%))		
Ouder	46 (51.7)	35 (52.2)

Stiefouder	2 (2.2)	2 (3.0)
Broer/zus	10 (11.2)	8 (11.9)
Grootouder	22 (24.7)	17 (25.4)
Oom/tante	5 (5.6)	4 (6.0)
Anders	4 (4.5)	1 (1.5)
Oorzaak van overlijden (<i>N</i> (%))		
Lichamelijke ziekte of aandoening	48 (53.9)	36 (53.7)
Ongeval	8 (9.0)	4 (6.0)
Zelfdoding	3 (3.4)	3 (4.5)
Moord of doodslag	6 (6.7)	0
Anders	6 (6.7)	6 (9.0)
Verkeersongeval	18 (20.2)	18 (26.9)
Rouw-gerelateerde kenmerken		
Totaalscore vragenlijst (<i>M</i> (<i>SD</i>))		
Zelfrapportage adolescent	24.3 (8.7)	21.8 (7.3)
Ouderrapportage	24.2 (8.7)	22.3 (8.0)
Zelfrapportage ouder	n.v.t.	23.1 (7.3)
Boven afkapwaarde (<i>N</i> (%))		
Zelfrapportage adolescent	1 (1.1)	0
Ouderrapportage	0	0
Zelfrapportage ouder	n.v.t.	0

Materiaal

Traumatic Grief Inventory-Kids-Clinician Administered (TGI-K-CA)

De TGI-K-CA is een vragenlijst die werd ontwikkeld om PRS-symptomen te meten bij kinderen tussen de 8 en 18 jaar (Van Dijk et al., 2023). De TGI-K-CA meet PRS-symptomen conform de meest recente classificaties in de DSM-5-TR (APA, 2022) en de ICD-11 (World Health Organization [WHO], 2018). De vragenlijst bestond uit 16 items, die kinderen beantwoordden op een 5-punt Likert-schaal (1 = nooit, 5 = altijd). De items hadden betrekking op klachten in de afgelopen maand en werden aangepast aan de specifiek verloren dierbare. De totale score liep van 16 tot 80, waarbij hogere scores meer en ernstigere PRS-symptomen aanduiden.

In het huidige onderzoek werd uitsluitend gefocust op de DSM-5-TR criteria, omdat dit het gebruikelijke classificatiesysteem in Nederland is. Er correspondeerden 12 items met de 11

symptomen van de DSM-5-TR PRS-symptomen. Eén symptoom (intense emotionele pijn) werd gemeten met 2 items (verdriet en boosheid), waarbij de hoogste score werd behouden. Item 1 en item 2 maten respectievelijk criteria B1 en B2. Item 3 tot en met 5 en item 8 tot en met 11 maten de C-criteria. Item 6 en item 7 maten criterium C4 (intense emotionele pijn), en item 16 mat criterium D (functionele beperking). Voor het berekenen van de totaalscore werden de scores op deze items bij elkaar opgeteld, waarbij de hoogste score van item 6 en item 7 werd meegenomen in de totaalscore. De interne consistentie van de DSM-5-TR-items van de TGI-K-CA in het huidige onderzoek bleek goed; voor de zelfrapportage van adolescenten was Cronbach's $\alpha = .91$, en voor de ouderinschatting van de rouwreacties van de adolescent was Cronbach's $\alpha = .90$. Deze waarden wezen op een hoge betrouwbaarheid van de vragenlijst.

Per deelnemer werden op basis van de TGI-K-CA twee totaalscores berekend, namelijk één totaalscore voor de zelfrapportage van de adolescent en één totaalscore van de inschatting van de ouder over de rouw van de adolescent. De totale score representeerde de mate van persisterende rouw, waarbij een hogere score duidde op ernstigere rouwsymptomen. Voor de interpretatie van de totaalscores werden de aanbevolen afkapwaarden (*cut-off*) voor de DSM-5-TR items gehanteerd. Voor de TGI-K-CA werd een totaalscore van ≥ 45 beschouwd als indicatie voor mogelijke PRS (Van Dijk et al., 2023). De afkapwaarden zijn weergegeven in Tabel 1.

Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+)

De TGI-SR+ is een vragenlijst die persisterende rouwreacties meet bij volwassenen, volgens verschillende classificatiesystemen (DSM-5 PCBD, DSM-5-TR PRS, ICD-11 PRS; Lenferink et al., 2021). De vragenlijst bestond uit 22 items die werden beantwoord op een 5-punt Likert-schaal (1 = nooit, 5 = altijd), waarbij er werd gevraagd naar klachten in de afgelopen maand. Een hoge score representeerde meer en ernstigere symptomen van persisterende rouw.

In het huidige onderzoek werden enkel de items gebruikt die corresponderden met de DSM-5-TR-criteria voor PRS. Er vielen 12 items onder deze criteria. Eén symptoom (intense emotionele pijn) werd gemeten met twee items (item 2 en item 8) waarbij de hoogste score werd behouden. Item 1 en item 3 maten criteria B, item 6, 9, 10, 11, 18, 19 en 21 maten criteria C en item 13 mat criteria D (functionele beperkingen). Voor het berekenen van de totaalscore werden de scores op deze items bij elkaar opgeteld, waarbij item 2 en item 8 als samengestelde score werden meegenomen. Per volwassen deelnemer werd er één totaalscore voor verstoorde rouw berekend. De DSM-5-TR PRS subschaal van de TGI-SR+ in het huidige onderzoek had een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .91$). Volgens de DSM-5-TR criteria was er een

afkapwaarde van ≥ 71 (Lenferink et al., 2021). Een score boven deze drempel duidt op een verhoogde kans dat aan de DSM-5-TR criteria voor PRS werd voldaan.

Procedure

De data van het huidige onderzoek zijn afkomstig uit twee afzonderlijke projecten: rouwbehandeling.nl en “*TrafVic Kids*”. Dit onderzoek maakte gebruik van bestaande data die eerder is goedgekeurd door de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Universiteit Utrecht (FETC 21-0030, 21-0140).

De data van Rouwbehandeling.nl werden verzameld met behulp van de “rouwmeter”, een online vragenlijst voor zowel volwassenen als kinderen die vrijwillig kon worden ingevuld. De vragenlijsten bestonden uit de TGI-SR+ voor volwassenen en de TGI-K-CA voor adolescenten (zie Materiaal). Aan het einde van de vragenlijst konden participanten aangeven of hun gegevens gebruikt mochten worden voor wetenschappelijk onderzoek. Zowel volwassenen als kinderen moesten hier toestemming voor geven. Indien toestemming werd verleend, werden de ingevulde gegevens voor 15 jaar bewaard voor het onderzoek en voor overige onderzoeken naar rouw. De gegevens werden digitaal verzameld, geanonimiseerd en werden op één moment verzameld.

De data van het onderzoek “*TrafVic Kids*” werden verzameld door middel van een online interview met kinderen en jongeren en hun ouders, uitgevoerd via Microsoft Teams, met een duur van ongeveer 60 minuten. Tijdens deze interviews werden verschillende vragenlijsten, waaronder de TGI-K-CA en TGI-SR+, afgenomen. Alle deelnemers (en ouders/verzorgers bij kinderen jonger dan 16 jaar) gaven voorafgaand aan de deelname geïnformeerde toestemming. De gegevens werden digitaal verzameld, geanonimiseerd en op één moment verzameld.

Geplande dataverwerking en statistische analyses

Het programma *IBM SPSS Statistics* versie 30.0 werd gebruikt om de statistische analyses uit te voeren. Voor de eerste hypothese werd onderzocht of er een discrepantie bestond tussen de zelfrapportages van adolescenten en de inschatting van ouders van de rouwreacties van hun kind. Hiervoor werd een gepaarde t-toets (*paired samples t-test*) uitgevoerd, waarbij er werd getoetst of er een significant verschil bestond tussen de zelfrapportage van adolescenten en de ouderrapportage. Daarnaast werd de samenhang tussen beide rapportages onderzocht met behulp van een Pearson-correlatiecoëfficiënt, om de mate van overeenstemming tussen ouder- en zelfrapportages vast te stellen.

Voorafgaand aan de analyses werden de assumpties van de gepaarde t-toets gecontroleerd. De afhankelijke variabele (totale rouwscore adolescent) werd op een continue schaal gemeten. Voor iedere adolescent waren twee metingen beschikbaar, de zelfrapportage van de adolescent en de inschatting van de ouder. De normaliteitsassumptie van de verschilscore, berekend als het verschil tussen de zelfrapportage van de adolescent en de inschatting van de ouder, werd gecontroleerd met een Q-Q plot. Daarnaast werden mogelijke uitbijters geïdentificeerd met boxplots. Naast de p -waarde werd de effectgrootte berekend met Cohen's d , waarbij waarden van .20, .50 en .80 respectievelijk als klein, middelgroot en groot effect werden geïnterpreteerd (Cohen, 2013). De assumpties voor de gepaarde t-toets zijn weergegeven in Bijlage A.

Bij deze eerste hypothese werd niet gecontroleerd voor leeftijd of geslacht, aangezien de gepaarde t-toets uitsluitend het gemiddelde verschil tussen twee afhankelijke metingen toetste en geen correctie van covariaten toeliet. Echter, ter exploratie werd aanvullend onderzocht of de mate van discrepantie tussen ouder- en zelfrapportages samenhang met het geslacht van de adolescent, geslacht van de ouder en leeftijd van de adolescent. Hiervoor werden twee onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om te toetsen of de discrepantiescore verschilde naar geslacht van de adolescent en geslacht van de ouder. Daarnaast werd de samenhang tussen de discrepantiescore en leeftijd van de adolescent onderzocht aan de hand van een Pearson-correlatieanalyse. Deze aanvullende analyses hadden een verkennend karakter en werden afzonderlijk van de hoofdanalyse geïnterpreteerd.

Voor de tweede hypothese werd onderzocht of een eventuele discrepantie tussen de zelfrapportages van adolescenten en de inschatting van hun ouders werd beïnvloed door de mate van de rouwreactie van de ouder. Dit werd getoetst met een meervoudige regressieanalyse (*multiple regression analysis*). Er werd een discrepantiescore berekend tussen de zelfrapportage van de adolescent en de rapportage van ouders. Deze discrepantiescore diende als afhankelijke variabele en de zelfrapportage van de ouder werd opgenomen als onafhankelijke variabele. Verder werd gecontroleerd voor het geslacht van de adolescent en de ouder, en voor de leeftijd van adolescenten. Uit eerder onderzoek bleek dat het vrouwelijk geslacht geassocieerd was met meer en ernstigere symptomen of een hoger risico op PRS (Falala et al., 2024; Spuij et al., 2012), en dat leeftijd bij adolescenten positief correleerde met PRS (Spuij et al., 2012). Er werd getoetst of aan de assumpties van lineariteit, onafhankelijkheid van residuen, homoscedasticiteit, multicollineariteit en normaal verdeelde residuen werd voldaan. De resultaten werden gerapporteerd met het percentage verklaarde variantie (R^2) en de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt (β). Voor alle analyses werd een significantieniveau

van $p < .05$ aangehouden. Naast de p -waarden werden effectgroottes berekend, voor de meervoudige regressieanalyse werd de effectgrootte uitgedrukt in f^2 , berekend als $R^2/(1 - R^2)$, waarbij waarden van .02, .15 en .35 respectievelijk als klein, middelgroot en groot effect werden beschouwd (Cohen, 2013). De assumpties voor de meervoudige regressieanalyse zijn weergegeven in Bijlage B.

Resultaten

Hypothese 1: Discrepantie tussen ouderrapportages en zelfrapportages van adolescenten over de rouwreacties van adolescenten

De gepaarde t -toets liet geen significant verschil zien tussen de zelfrapportages van adolescenten en de ouderrapportages, $t(88) = -0.10$, $p = .918$, 95% BI [-1.59 tot 1.43], wat erop duidt dat ouders en adolescenten gemiddeld genomen vergelijkbare niveaus van rouw rapporteerden. Verder was de effectgrootte klein ($d = -0.01$, 95% BI [-0.22, 0.20]). Daarnaast werd een significante positieve correlatie gevonden tussen de zelfrapportages van adolescenten en de ouderrapportages, $r(89) = .66$, $p < .001$, wat wees op een sterke samenhang tussen beide rapportages. Naarmate ouders hogere niveaus van rouw bij hun kind rapporteerden, rapporteerden de adolescenten zelf ook hogere niveaus van rouw.

In de exploratieve analyses werd geen significant verschil gevonden tussen jongens ($M = -1.44$, $SD = 7.06$) en meisjes ($M = 0.74$, $SD = 7.18$) in de mate van discrepantie tussen ouder- en zelfrapportage, $t(87) = -1.33$, $p = .19$, 95% BI [-5.46, 1.09], $d = -0.31$. Eveneens werd geen significant verschil gevonden tussen vaders ($M = 0.46$, $SD = 10.08$) en moeders ($M = 0.01$, $SD = 6.64$), $t(87) = 0.21$, $p = .84$, 95% BI [-3.86, 4.75], $d = 0.06$. Daarnaast werd geen significante correlatie gevonden tussen leeftijd van de adolescent en de discrepantiescore, $r(89) = -.08$, $p = .48$. Deze resultaten suggereren dat de mate van discrepantie tussen ouder- en zelfrapportages niet systematisch verschild naar geslacht of leeftijd.

Hypothese 2: Het effect van rouwreacties van ouders op de discrepantie

Het regressiemodel was significant, $F(4, 62) = 3.04$, $p = .024$, en verklaarde 16.4% van de variantie in de discrepantie ($R^2 = .16$). Van de predictoren bleek alleen rouw van ouders een significante voorspeller van de discrepantie tussen ouderrapportages en zelfrapportages van adolescenten, $\beta = .37$, $t(62) = 3.14$, $p = .003$, en verklaarde 14% van de variantie in de discrepantie ($R^2 = .14$). Dit duidt erop dat hogere niveaus van rouw bij ouders samenhangen met grotere discrepanties tussen de ouderrapportages en de zelfrapportages van adolescenten. Leeftijd en geslacht van zowel de adolescent als de ouder leverden geen significante bijdrage

aan de discrepantie. De effectgrootte van het model was middelgroot ($f^2 = .20$). De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2

Meervoudige regressieanalyse met discrepantie tussen ouderrapportage en zelfrapportage adolescent als afhankelijke variabele

Predictor	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constant)	−9.13	6.36		−1.44	.156
Rouwreactie ouder	0.38	0.12	.37	3.14	.003
Leeftijd kind	0.20	0.34	.07	0.60	.554
Geslacht ouder	−1.28	2.74	−.06	−0.47	.642
Geslacht kind	−1.39	1.84	−.09	−0.75	.455

Noot. $N = 67$. Geslacht: 0 = man/jongen, 1 = vrouw/meisje.

Discussie

In dit onderzoek werd onderzocht of er een discrepantie bestond tussen de zelf gerapporteerde rouw van adolescenten en de inschattingen van ouders over de rouw van adolescenten, waarbij er werd gecontroleerd in hoeverre de mate van rouw van ouders invloed had op deze discrepantie. Gebaseerd op de gevonden literatuur werd een discrepantie tussen de zelfrapportages van adolescenten en de inschattingen van ouders verwacht, waarbij een grotere discrepantie werd verwacht bij ouders met hogere rouwreacties dan bij ouders met lagere rouwreacties.

Er werd in deze studie geen discrepantie gevonden tussen ouderrapportages en zelfrapportages van adolescenten met betrekking tot rouwreacties van adolescenten. Deze resultaten gaan in tegen de verwachting dat er een discrepantie gevonden zou worden en staan in contrast met eerdere onderzoeken naar psychische klachten buiten de context van rouw (Boyd et al., 2023; De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018; Grills & Ollendick, 2003; Kassam-Adams et al., 2006; Shay et al., 2024). Dat er geen discrepantie is gevonden in de huidige studie kan verschillende verklaringen hebben die samenhangen met demografische kenmerken, verlies-gerelateerde kenmerken en methodologische aspecten.

Een mogelijke verklaring kan de aard van het verlies zijn. In de huidige steekproef heeft meer dan de helft van de adolescenten een ouder verloren en betrof het in meer dan de helft van de gevallen een verlies door lichamelijke ziekte. Hoewel een deel van de deelnemers uit het *TrafVic Kids*-project afkomstig was, dat zich richt op kinderen die een dierbare zijn verloren

bij een verkeersongeval, laat de samengevoegde dataset zien dat het merendeel van de deelnemers iemand verloor door een lichamelijke ziekte. Bij een ziekteproces zijn ouders en kinderen vaak gezamenlijk betrokken bij de zorg en in de voorbereiding op het verlies. Door deze gedeelde ervaring en gesprekken over de ziekte en het naderende afscheid ontwikkelen ze vaak een vergelijkbaar begrip van de situatie en elkaars emoties. Dit gezamenlijke proces bevordert open communicatie en emotionele afstemming, wat kan leiden tot meer gedeelde verwerking en een grotere overeenstemming in ervaren rouw (Egberts et al., 2018). Dit sluit aan bij de bevindingen van Angelhoff et al. (2020), waarin duidelijk werd dat ouder-adolescentkoppels na verlies door kanker doorgaans normale communicatie en weinig symptomen van langdurige rouw rapporteerden. Eerder onderzoek laat daarentegen zien dat juist plotselinge of traumatische gebeurtenissen, zoals een ongeval of suïcide, vaker gepaard gaan met discrepanties in ouder-adolescentrapportages (Kassam-Adams et al., 2006).

Verder kan het ontbreken van een discrepantie in deze studie samenhangen met het verschil tussen klinische en niet-klinische populaties. De meeste eerdere onderzoeken die discrepanties tussen ouder- en adolescentenrapportages vonden, betroffen adolescenten, buiten de context van rouw, met psychische klachten of klinische diagnoses, zoals angst- en stemmingsstoornissen (De Los Reyes et al., 2015; Egberts et al., 2018). In deze studies bleek dat ouders de klachten van hun kinderen vaak over- of onderschatten, vooral wanneer adolescenten zelf hoge niveaus van psychopathologie rapporteerden. In de huidige steekproef zaten alle adolescenten (behalve één adolescent in de eerste sample) onder de afkapwaarde voor PRS. Aangezien er in deze groep vermoedelijk minder sprake was van ernstige rouwklachten, kan dit verklaren waarom discrepanties beperkt bleven. Tegelijkertijd kan het ontbreken van discrepantie ook betekenen dat ouders in deze context daadwerkelijk een goed beeld hebben van de rouwreacties van hun kind. Dit zou in lijn zijn met onderzoek dat laat zien dat in gezinnen uit algemene populaties, vergeleken met gezinnen uit de klinische praktijk, ouders en adolescenten overeenkomende percepties rapporteren van emoties en welzijn (Grills & Ollendick, 2003). Een mogelijke verklaring kan zijn dat in gezinnen zonder klinische problematiek minder stressoren aanwezig zijn die de perceptie van emoties kunnen beïnvloeden, wat kan bijdragen aan een grotere overeenkomst in rapportages.

De tweede bevinding van deze studie was dat de mate van rouwreacties van ouders samenhangt met de discrepantie tussen ouder- en adolescentrapportages. Specifiek gold dat hogere rouwreacties van ouders gepaard gingen met grotere verschillen tussen hun inschattingen en de zelfrapportages van de adolescenten over de rouwreacties van adolescenten. De resultaten sluiten aan bij eerdere studies waarin psychische klachten van ouders

samenhingen met het herkennen van symptomen van hun kind (Boyd et al., 2023; Shay et al., 2024). Zo toont onderzoek aan dat depressieve klachten van ouders, buiten de context van rouw, het herkennen van de klachten van hun kind bemoeilijken (Löchner et al., 2023). Ook werd gevonden dat depressieve en angstige ouders vaak hogere niveaus van symptomen bij hun kinderen verwachten (Kelley et al., 2017). Deze bevindingen passen binnen de depressie-*vervormings*hypothese (Richters, 1992), die stelt dat klachten van ouders hun waarneming van het kind kunnen vervormen (Sell et al., 2021).

Tegelijkertijd was de verklaarde variantie van de rouwreacties van ouders beperkt (14%), wat aangeeft dat het effect, hoewel significant, slechts een klein deel van de discrepantie verklaart. Dit suggereert dat veel ouders, ondanks hun eigen rouw, de rouw van hun kind toch accuraat weten in te schatten, wat aansluit bij de eerdere bevindingen waarin geen significante discrepantie werd gevonden. Deze bevinding is belangrijk, omdat het suggereert dat verlies op zichzelf niet automatisch leidt tot een verminderd inschattingsvermogen vanuit ouders. Ouders kunnen dus ook in moeilijke omstandigheden in staat zijn de klachten van hun kind goed aan te voelen. Dit komt overeen met een groot longitudinaal onderzoek, buiten de context van rouw, waarin er geen relatie werd gevonden tussen de depressieve klachten van ouders en ouder-*adolescent*discrepanties (Vrolijk et al., 2023). Voor vervolgonderzoek betekent dit dat het relevant is om te onderzoeken welke beschermende factoren bijdragen aan het accuraat inschatten van klachten van de adolescent, bijvoorbeeld veerkracht, sociale steun of gezinscommunicatie. Voor de klinische praktijk benadrukken de resultaten het belang om bij begeleiding van gezinnen zowel aandacht te hebben voor het rouwproces van adolescenten als het rouwproces van ouders. Wanneer professionals breder zicht hebben, kunnen interventies beter afgestemd worden op het gezin als geheel.

Bij het interpreteren van de resultaten is het van belang zowel de sterke punten als de limitaties van de huidige studie mee te nemen. Allereerst de sterke punten. Deze studie onderzocht ouder-*adolescent*discrepanties bij rouwreacties van adolescenten, een onderwerp waar tot nu toe geen onderzoek naar is gedaan. Het meenemen van zowel het ouder- als het adolescentenperspectief geeft een completer beeld van rouw binnen gezinnen. De bevindingen zijn bovendien klinisch relevant, omdat ze handvatten bieden voor professionals om bij begeleiding van rouwende gezinnen aandacht te hebben voor hoe ouders hun kind inschatten en hoe onderlinge communicatie over verlies versterkt kan worden. Tot slot werd gebruik gemaakt van de TGI-K-CA en de TGI-SR+, instrumenten die goed gevalideerd zijn en aansluiten bij internationale classificaties (DSM-5-TR, ICD-11).

Naast de sterke punten kent de studie ook enkele beperkingen. Bij het cross-sectionele design kunnen er geen uitspraken worden gedaan over causaliteit of veranderingen in tijd. De metingen zijn uitgevoerd met vragenlijsten die zijn gebaseerd op zelfrapportages en inschattingen, die gevoelig zijn voor sociaal wenselijke antwoorden en interpretatieverschillen, en geen klinisch interview of observatieperspectief bieden. Een klinisch interview of observatie zou waardevol zijn, omdat deze methoden een objectiever en dieper inzicht geven in hoe rouwreacties zich uiten in gedrag en emoties. Bovendien kunnen ze helpen om discrepanties tussen ouder- en adolescentpercepties beter te begrijpen, doordat de onderzoeker onafhankelijk kan beoordelen in hoeverre deze percepties overeenkomen met feitelijk waarneembaar gedrag. Verder was de steekproef relatief klein, waardoor subtielere effecten mogelijk onopgemerkt zijn gebleven (type II-fout), met name in de regressieanalyse.

Voor toekomstig onderzoek is het van belang om met de genoemde beperkingen rekening te houden. Allereerst zou een longitudinaal design wenselijk zijn, zodat kan worden onderzocht hoe eventuele discrepanties tussen ouder- en adolescentrapportages zich ontwikkelen over tijd en in welke mate vroege discrepanties of hoge rouwreacties van ouders latere uitkomsten voorspellen. Daarnaast is het aan te bevelen om naast vragenlijsten ook klinische interviews of diagnostische instrumenten in te zetten. Deze methoden bieden meer diepgang en de mogelijkheid om objectieve diagnoses van PRS vast te stellen. Bij ouders kan vervolgens worden onderzocht in hoeverre hun inschattingen overeenkomen met deze objectieve diagnostische bevindingen. Verder kan vervolgonderzoek expliciet nagaan of dergelijke discrepanties, zoals eerder gevonden bij internaliserende stoornissen, ook optreden bij rouw. Dit helpt te bepalen of discrepanties een kenmerk zijn van internaliserende stoornissen of dat rouw hierin een uniek patroon laat zien. Daarnaast zou toekomstig onderzoek kunnen nagaan of vergelijkbare patronen worden gevonden in andere contexten of culturen, om de generaliseerbaarheid van de bevindingen te vergroten. Ook kan het waardevol zijn om verschillende vormen van verlies, zoals plotseling verlies of langdurig verwacht verlies, systematisch met elkaar te vergelijken, om beter te begrijpen of de aard van verlies invloed heeft op de mate van overeenstemming tussen ouders en adolescenten. Tot slot kunnen in toekomstig onderzoek meerdere methoden gecombineerd worden, zoals vragenlijsten, klinische interviews en observaties of dagboekstudies. Door verschillende meetmethoden te combineren kan beter worden vastgesteld of discrepanties tussen ouders en adolescenten voortkomen uit verschillen in perceptie, rapportagebias of verschillen in gedrag en emotionele beleving. Een multi-methodische benadering biedt een vollediger en betrouwbaarder beeld van rouwreacties binnen gezinnen.

De bevindingen van dit onderzoek hebben niet alleen waarde voor de wetenschap, maar bieden ook belangrijke aanknopingspunten voor klinische praktijk en voor gezinnen zelf. Voor onderzoekers is het relevant dat er geen discrepantie werd gevonden, terwijl de discrepantie wel samenhang met de rouwreacties van ouders. Dit wijst erop dat de overeenstemming tussen ouders en adolescenten in rouw geen statisch gegeven is, maar kan variëren afhankelijk van de emotionele toestand van ouders. Deze bevinding benadrukt de noodzaak van longitudinaal onderzoek dat onderzoekt wanneer en waarom zulke verschillen ontstaan, bijvoorbeeld in periodes van hoge stress of veranderende gezinsdynamiek, en hoe dit adolescenten op de lange termijn beïnvloed. Voor klinici impliceren de resultaten dat ouderrapportages over het algemeen een betrouwbaar beeld geven van de rouw van adolescenten, maar dat deze inschattingen minder accuraat kunnen worden wanneer ouders zelf intens verdriet ervaren. In de klinische praktijk betekent dit dat hulpverleners bij de diagnostiek en begeleiding van rouwende gezinnen beide perspectieven, zowel van de ouder als van de adolescent, moeten bevragen om een volledig beeld te krijgen. Voor gezinnen zelf kan dit onderzoek bijdragen aan het inzicht dat ouders vaak goed zicht hebben op de rouw van hun kind, maar dat open communicatie essentieel blijft om elkaar goed te begrijpen. Gezinnen kunnen worden gestimuleerd om gevoelens expliciet te delen en ruimte te maken voor onderlinge verschillen in beleving, wat kan bijdragen aan wederzijds begrip en betere emotionele steun binnen het gezin.

Conclusie

Samenvattend laat dit onderzoek zien dat ouders over het algemeen goed zicht hebben op de rouwreacties van hun adolescente kind, maar dat hun eigen rouwreacties samenhangen met de mate waarin zij deze reacties accuraat inschatten. Deze bevindingen suggereren dat de perceptie van ouders op de rouw van hun kind gedeeltelijk beïnvloed kan worden door hun eigen emotionele verwerking. Dit onderstreept het belang om in diagnostiek en begeleiding van rouwende gezinnen aandacht te besteden aan zowel het perspectief van de adolescent als dat van de ouder. Daarmee levert dit onderzoek een waardevolle bijdrage aan het begrijpen van rouw binnen gezinnen en biedt het aanknopingspunten voor zowel klinische praktijk als toekomstig onderzoek naar de wisselwerking van rouw bij adolescenten, rouw van ouders en de inschattingen van ouders.

Referenties

- Alvis, L., Zhang, N., Sandler, I. N., & Kaplow, J. B. (2022). Developmental manifestations of grief in children and adolescents: Caregivers as key grief facilitators. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00435-0>
- American Psychiatric Association, N. A. P. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andriessen, K., Mowll, J., Lobb, E., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). “Don’t bother about me.” The grief and mental health of bereaved adolescents. *Death Studies*, 42(10), 607–615. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1415393>
- Angelhoff, C., Sveen, J., Alvariza, A., Weber-Falk, M., & Kreicbergs, U. (2020). Communication, self-esteem and prolonged grief in parent-adolescent dyads, 1–4 years following the death of a parent to cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 50, 101883. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101883>
- Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., & Jessee, C. (2022). Adolescent connectedness: cornerstone for health and wellbeing. *BMJ*, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>
- Boelen, P. A., & Spuij, M. (2024). Individual and systemic variables associated with prolonged grief and other emotional distress in bereaved children. *PLoS ONE*, 19(4), e0302725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302725>
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology Science And Practice*, 13(2), 109–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Boyd, R. C., Jones, J. D., Makol, B. A., De Los Reyes, A., Hatkevich, C. E., & Benton, T. D. (2023). Parent-youth convergence (and divergence) in reports about pediatric quality of life. *Quality Of Life Research*, 32(9), 2551–2560. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03423-z>
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Masten, A. S., Porta, G., & Payne, M. W. (2012). Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 778–791. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717871>
- Brocker, S. A., Steinbach, A., & Augustijn, L. (2023). Parent-child discrepancies in reporting children’s mental health: Do physical custody arrangements in post-separation families matter? *Child Indicators Research*, 17(1), 197–220. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10083-5>

- Burns, M., Griese, B., King, S., & Talmi, A. (2020). Childhood bereavement: Understanding prevalence and related adversity in the United States. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 90(4), 391–405. <https://doi.org/10.1037/ort0000442>
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K., Mareello, M., Schierff, L., & O'Connor, M. (2023). 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>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 10 oktober). Bijna 100 duizend jongeren halfwees. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/41/bijna-100-duizend-jongeren-halfwees>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025, 11 februari). 172 duizend mensen overleden in 2024. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/07/172-duizend-mensen-overleden-in-2024>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 Years postparental death. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 681–690. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215327.58799.05>
- Chachar, A. S., Younus, S., & Ali, W. (2021). Developmental understanding of death and grief among children during COVID-19 pandemic: Application of bronfenbrenner's bioecological model. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654584>
- Champion, M. J., & Kilcullen, M. (2023). Complicated grief following the traumatic loss of a child: A systematic review. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228231170417>
- Chandran, S., Raman, V., & Shiva, L. (2025). Understanding grief in children: A narrative review. *Journal Of Indian Association For Child And Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1177/09731342251328150>
- Chaplin, T. M., Gonçalves, S. F., Kisner, M. A., Ryan, M., Forbes, E., & Thompson, J. C. (2024). Adolescents' neural responses to their parents' emotions: associations with emotion regulation, internalizing symptoms, and substance use. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 19(1). <https://doi.org/10.1093/scan/nsae084>
- Chiang, S. (2024). Daily association between parent-adolescent emotion contagion: The role of parent-adolescent connectedness. *Journal Of Research On Adolescence*, 35(1). <https://doi.org/10.1111/jora.13038>

- Cohen, J. (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cuervo-Suarez, M. I., Molina-Gómez, K., Bolaños-López, J. E., Pereira, L. F., Devia, A. M., Nieto, N. D., Correa, I., Saa, T. Á., & García-Quintero, X. (2022). Cultivating gratitude in bereaved families: Understanding the impact of the bereavement workshop on the families of deceased patients in the pediatric palliative care program. *Illness Crisis & Loss*, 32(2), 209–227. <https://doi.org/10.1177/10541373221130877>
- De Los Reyes, A., Alfano, C. A., Lau, S., Augenstein, T. M., & Borelli, J. L. (2015). Can we use convergence between caregiver reports of adolescent mental health to index severity of adolescent mental health concerns? *Journal Of Child And Family Studies*, 25(1), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0216-5>
- Egberts, M. R., Van de Schoot, R., Geenen, R., & Van Loey, N. E. (2018). Mother, father and child traumatic stress reactions after paediatric burn: Within-family co-occurrence and parent-child discrepancies in appraisals of child stress. *Burns*, 44(4), 861–869. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.01.003>
- Falala, A., Lannes, A., Bui, E., & Revet, A. (2024). Prevalence of prolonged grief disorder in bereaved children and adolescents: A systematic review. *L Encéphale*, 50(5), 557–565. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.016>
- Green, K. H., Van de Groep, S., Sweijen, S. W., Becht, A. I., Buijzen, M., De Leeuw, R. N. H., Remmerswaal, D., Van Der Zanden, R., Engels, R. C. M. E., & Crone, E. A. (2021). Mood and emotional reactivity of adolescents during the COVID-19 pandemic: short-term and long-term effects and the impact of social and socioeconomic stressors. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90851-x>
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 30–40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00008>
- Hemberg, J., Östman, L., Korzhina, Y., Groundstroem, H., Nyström, L., & Nyman-Kurkiala, P. (2022). Loneliness as experienced by adolescents and young adults: an explorative qualitative study. *International Journal Of Adolescence And Youth*, 27(1), 362–384. <https://doi.org/10.1080/02673843.2022.2109422>

- Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal Of Psychiatry And Neuroscience*, 40(5), 291–293. <https://doi.org/10.1503/jpn.150268>
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145–1154. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.004>
- Kassam-Adams, N., García-España, J. F., Miller, V. A., & Winston, F. (2006). Parent-child agreement regarding children's acute stress. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1485–1493. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000237703.97518.12>
- Kelley, M. L., Bravo, A. J., Hamrick, H. C., Braitman, A. L., White, T. D., & Jenkins, J. (2017). Parents' reports of children's internalizing symptoms: Associations with parents' mental health symptoms and substance use disorder. *Journal Of Child And Family Studies*, 26(6), 1646–1654. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0677-9>
- Lenferink, L., Eisma, M., Smid, G., De Keijser, J., & Boelen, P. (2021). 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., & O'Connor, M. (2023). Grief is a family affair: examining longitudinal associations between prolonged grief in parents and their adult children using four-wave cross-lagged panel models. *Psychological Medicine*, 53(15), 7428–7434. <https://doi.org/10.1017/s0033291723001101>
- Löchner, J., Hämmerle, S., Ghezih, S., Starman-Wöhrle, K., Schulte-Körne, G., & Platt, B. (2023). Parent-child agreement on children's psychopathology and the impact of parental depression. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 33(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1993>
- Martin, C. G., Kim, H. K., & Freyd, J. J. (2017). In the spirit of full disclosure: Maternal distress, emotion validation, and adolescent disclosure of distressing experiences. *Emotion*, 18(3), 400–411. <https://doi.org/10.1037/emo0000363>
- McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of

- psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 403–410. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.4/kmclaughlin>
- Ouyang, N., Baker, J. N., Ananth, P. J., Knobf, M. T., Snaman, J. M., & Feder, S. L. (2024). Parent-clinician communication and prolonged grief in parents whose child died from cancer. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 68(5), 516–524.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.08.003>
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112(3), 485–499. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.485>
- Scaini, S., Palmieri, S., Caselli, G., & Nobile, M. (2020). Rumination thinking in childhood and adolescence: a brief review of candidate genes. *Journal Of Affective Disorders*, 280, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.008>
- Sell, M., Daubmann, A., Zapf, H., Adema, B., Busmann, M., Stiawa, M., Winter, S. M., Lambert, M., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Family functioning in families affected by parental mental illness: Parent, Child, and Clinician Ratings. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(15), 7985. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157985>
- Shay, S., Zamir-Sela, Y., Darwish, S., Gilboa, Z., Maimon-Alimi, M., & Arbel, R. (2024). “Do I know how you feel?” Parents’ and adolescents’ recognition of each other’s daily moods. *International Journal Of Behavioral Development*. <https://doi.org/10.1177/01650254241289312>
- Spuij, M., Reitz, E., Prinzie, P., Stikkelbroek, Y., De Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(12), 673–679. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0307-4>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement. *Perspectives On Psychological Science*, 10(6), 873–879. <https://doi.org/10.1177/1745691615598517>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *FOCUS The Journal Of Lifelong Learning in Psychiatry*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Van Dijk, I., Boelen, P., De Keijser, J., & Lenferink, L. (2023). Assessing DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder in children and adolescents: development of the

Traumatic Grief Inventory – Kids – Clinician-Administered. *European Journal Of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2197697>

Vrolijk, P., Van Lissa, C. J., Branje, S., & Keizer, R. (2023). Longitudinal linkages between parent-child discrepancies in reports on parental autonomy support and informants' depressive symptoms. *Journal Of Youth And Adolescence*, 52(4), 899–912. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01733-y>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Bijlagen

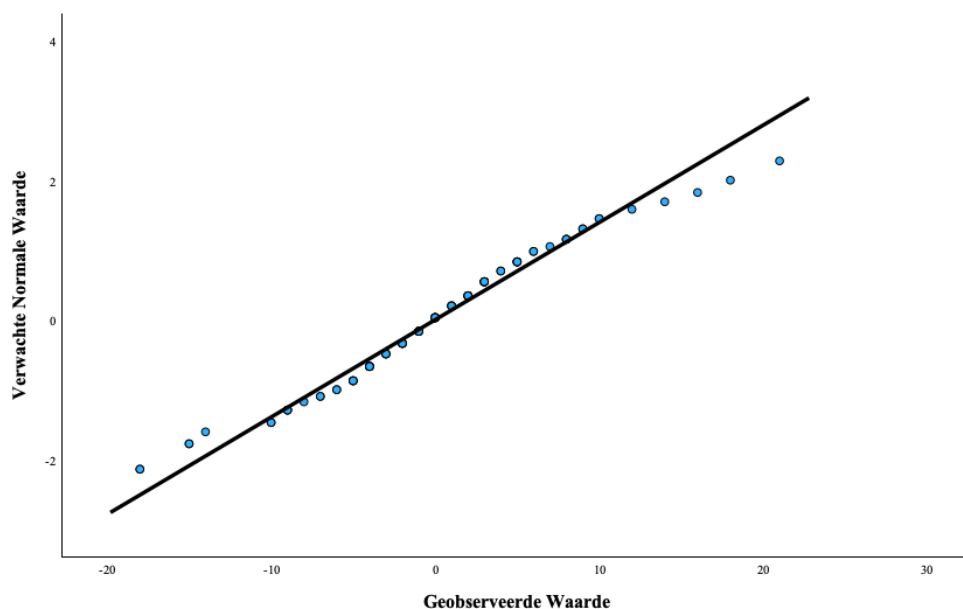
Bijlage A

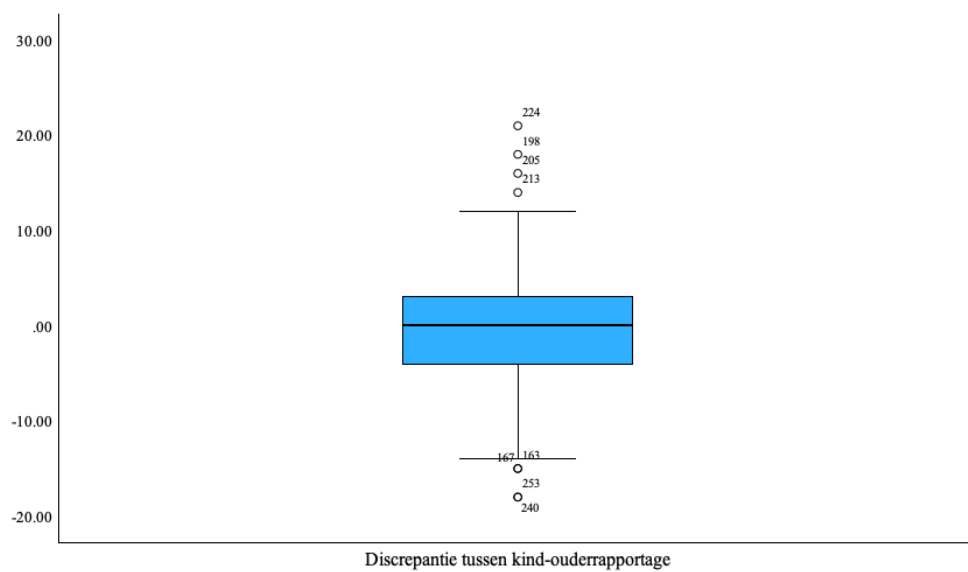
Assumpties gepaarde t-toets (H1)

Om de assumpties voor de gepaarde t-toets te controleren, is gecontroleerd op normaliteit en uitbijters. In Figuur 1 staat de Q-Q-plot weergegeven en in Figuur 2 staat de boxplot weergegeven. De Q-Q plot laat zien dat de residuen grotendeels op de lijn liggen, wat duidt op een benadering van normaliteit. Uit de boxplot blijkt dat er enkele uitbijters zijn, maar deze vallen binnen de marges en zijn niet extreem. Er zijn geen aanwijzingen dat de assumptie van normaliteit is geschonden.

Figuur 1

Q-Q plot voor gepaarde t-toets (H1)



Figuur 2*Boxplot uitbijters (H1)*

Bijlage B

Assumpties meervoudige regressieanalyse

Lineariteit

De assumptie van lineariteit is gecontroleerd door een scatterplot van de rouwreacties van ouders en de discrepantiescores en staat weergegeven in Figuur 2. De grafiek laat een positief lineair verband zien zonder duidelijke aanwijzingen voor niet-lineariteit.

Normaliteit van de residuen

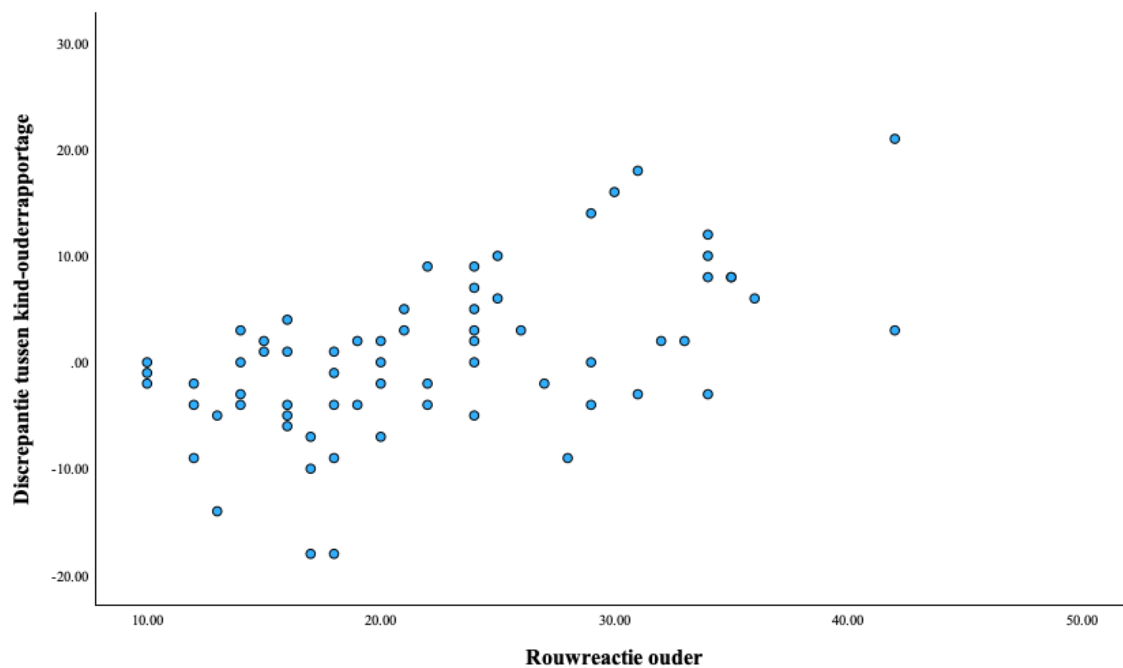
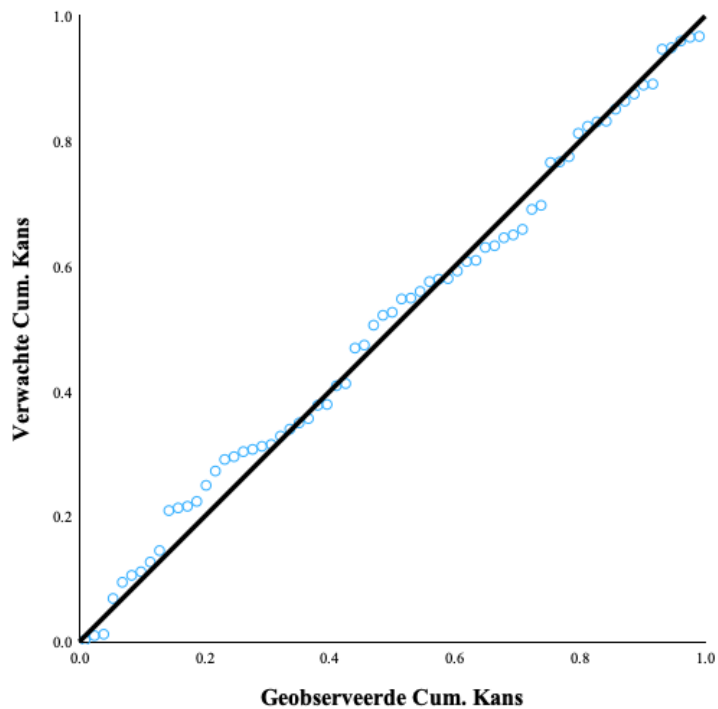
De normaliteitsassumptie werd getoetst met een P-P plot, deze staat weergegeven in Figuur 3. De residuen liggen grotendeels op de diagonaal en volgen een normale verdeling, wat aangeeft dat de assumptie van normaliteit niet geschonden is.

Homoscedasticiteit

De assumptie werd getoetst door een scatterplot van de gestandaardiseerde residuen en de voorspellende waarden, Figuur 4. De scatterplot toont een willekeurige spreiding zonder duidelijke patronen of trechtervorm. Er is dus geen aanwijzing dat deze assumptie wordt geschonden.

Onafhankelijkheid en Multicollineariteit

De onafhankelijkheid werd getoetst door middel van de Durbin-Watson-test. De Durbin-Watson-statistiek was 2.06, wat aangeeft dat er geen autocorrelatie van de residuen aanwezig was. Om de multicollineariteit te toetsen werd naar de *Tolerance*-waarden en VIF-waarden gekeken. Voor alle voorspellers lagen de *Tolerance*-waarden ruim boven de .10 en de VIF-waarden ruim onder de 10. Dit geeft aan dat er geen sprake was van multicollineariteit. Er is geen aanwijzing dat de assumpties van onafhankelijkheid en multicollineariteit worden geschonden.

Figuur 2*Scatterplot lineair verband (H2)***Figuur 3***P-P plot normaliteit residuen*

Figuur 4

Scatterplot gestandaardiseerde residuen en voorspellende waarden

