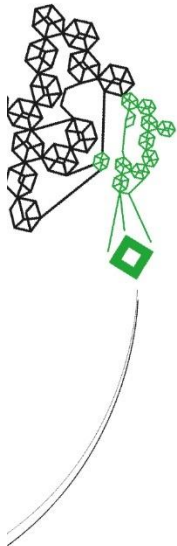
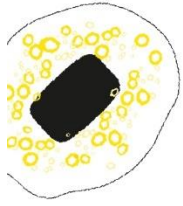


UNIVERSITY OF TWENTE.



Master thesis- Positive Clinical Psychology

Name: Esta Terbrack

Supervisor: 1. Lonneke Lenferink (PhD, Assistant professor)

2. Dr. Heidi Toivonen (PhD, Assistant professor)

**Fluctuations of grief symptoms in the daily life of
bereaved people**

Abstract

Introduction: The current study was the first one, investigating grief fluctuations in the daily life of bereaved people. As it was originally believed that the grieving process progresses through fixed stages and was not flexible over time, current research has suggested that grief may be highly individual in symptoms, presentation, intensity and duration and is rather flexible over time. The aim of the current study was to examine to what extent grief symptoms fluctuate in the daily life of bereaved people and to investigate whether participants with higher severity of Prolonged Grief Disorder (PGD) show higher levels of grief fluctuations.

Methods: Experience Sampling Method (ESM) was used and data was obtained from 47 German and Dutch bereaved participants. PGD severity was assessed in two telephone interviews before and after the ESM phase by applying the Traumatic Grief Inventory (TGI-CA). During the ESM phase, participants were asked for two weeks, five times a day to fill in items on PGD on their smartphones. Fluctuations in grief symptoms were calculated as the root mean square of successive difference (RMSSD). Correlational analyses were conducted, checking whether participants with severe PGD also show higher levels of grief fluctuations.

Results: There were fluctuations in all momentary PGD items. Mean RMSSD values varied from .19 through .65. Participants with higher levels of interview based PGD severity had higher fluctuations in momentary PGD items than participants with lower interview based PGD severity.

Discussion: The finding that there were fluctuations in all momentary PGD items support the suggestion that grieving symptoms can vary in intensity, duration, and presentation and are rather flexible over time. Participants with higher levels of interview based PGD severity may be more sensitive to internal and external stressors and have suboptimal regulation in experiencing grief symptoms.

Keywords: Prolonged Grief Disorder, Grief fluctuations, Experience Sampling Method, Root mean square of successive difference

Fluctuations of grief symptoms in the daily life of bereaved people

The psychological and physiological reactions that follow after an individual loses a loved one can be defined as grief. Losing someone is seen as a universal human experience, as well as experiencing grief as an expected emotional response to the loss (Friedmann, 2012). Grief reactions can vary from individual to individual and are expressed by a wide range of emotions, thoughts, and behaviors. Grief can be a beneficial reaction to loss, as it helps to adjust to the loss and to get used to a life without the deceased. It can allow the individual to reorient and to continue their life in which the loved person is physically absent (Layne et al., 2002). The majority of bereaved individuals adjust to the loss of a loved one and are not in need of professional help (Prigerson et al., 2009).

Research has shown that for a significant minority of bereaved individuals (2-3% of the population worldwide), the grieving process is particularly complicated and grief symptoms do not decrease (Boelen & Prigerson, 2007; Shear, 2015). Instead, these individuals experience severe grief reactions that become persistent and increasingly impair their daily life, defined as prolonged grief disorder (PGD) (Boelen et al., 2020). According to revised fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022), PGD is present when, after the death of a loved one, at least 12 months ago (Criterion A), a person experiences intense yearning or preoccupation (Criterion B), plus at least three of the eight following symptoms: identity disruption, disbelief, avoidance, emotional pain, difficulties moving on, numbness, sense that life is meaningless, and loneliness (Criterion C). The symptoms have to be exhibited for at least one month, cause distress or disability (Criterion D), exceed cultural and contextual norms (Criterion E), and are not better explained by another mental disorder (Criterion F) (APA, 2022).

Boelen and Prigerson (2007) have found that PGD was predictive for reduced mental health and quality of life. Individuals suffering from PGD are more likely to have physical health problems, such as higher rates of disability and illness, greater use of medical services and drug use (Stroebe et al., 2007). Due to prolonged stress elevation, PGD can cause reduced immunological functioning and medical complications such as stroke and heart disease (Arizmendi & O'Connor, 2015). Additionally, PGD increases the risk of depression (Newson et al., 2011), and of cardiac problems (Pini et al., 2015; Prigerson et al., 1997). Moreover, individuals suffering from PGD also add to an economic damage (Johannsen et al., 2019). For example, Dutch employees report on average 143 days of absenteeism after the loss of a loved one (NOS, 2019). This contributes to PGD being a public health concern, which makes it important to have a deeper understanding about how PGD affects bereaved people in their daily lives and how it manifests.

Past researchers that have examined grieving believed that the grieving process is static and does progress through a series of fixed stages (Layne et al., 2002; Stroebe et al., 2017). However, stage theories may be too simplistic and limited as they fail to represent the complex emotions and processes of grieving (Arizmendi & O'Connor, 2015; Stroebe et al., 2017). Grief may be highly variable in its symptoms, presentation, duration and intensity (Layne et al., 2002). Grief seems to be highly individualized and involves private thoughts, feelings and often accompany personal rituals. Moreover, occurrence of grief symptoms depends on loss reminders, situations and circumstances that remind the bereaved person of the absence of the loved one (Layne et al., 2002). The dual process model can be an attempt to explain the complex, dynamic process of bereavement (Fiore, 2019; Stroebe & Schutt, 1999; Stroebe & Schutt, 2016;). This model suggested that people engage in loss- and restoration-oriented coping and that both categories refer to different kind of stressors, people are facing during the bereavement process. Loss-orientation refers to the loss itself, for example yearning for the

deceased one. Restoration-orientation coping refers to adjusting to substantial changes such as arranging finances of the deceased one, or selling the house. A range of emotional reactions are involved in both coping styles, which are not fixed, but rather flexible over time (Fiore, 2019; Stroebe & Schut, 1999).

To understand the complexity of the grieving process, it is essential to make use of a measurement that can provide data about grief symptoms in every-day-life situations of bereaved people (Larson & Csikszentmihalyi, 2014). Experience Sampling Method (ESM) is an ecologically valid method for gaining insights in frequency, intensity and patterning of psychological states with regard to emotional experiences in daily life. In ESM, participants are asked to fill in short self-report questionnaires on an electronic device (e.g., mobile phone) that includes questions about their personal experience at that specific moment of time. ESM data can, among others, be used to study fluctuations in symptoms (Larson & Csikszentmihalyi, 2014).

Examining the fluctuations in grief symptoms might provide crucial insights into the grieving process and in PGD. Fluctuations are composed of the two components variability and temporal dependency. Variability is described by the within-person variance (WPV) and captures to what extent the PGD symptom varies within one person. Temporal dependency is quantified by autocorrelation and describes how PGD symptoms are expressed over time. When autocorrelation is high, PGD symptoms last longer and therefore, change slowly from one moment to the next (see Fig. 3; Houben, Van Den Noortgate, and Kuppens, 2015; Jahng, Wood, and Trull, 2008). When PGD symptoms change slowly, there is a resistance to change, which was associated with psychological maladjustment (Bylsma, Morris & Rottenberg, 2008; Kuppens, Allen & Sheeber, 2010). To study fluctuations in PGD symptoms, it is important to take both variability and temporal dependency into account, which can be done by investigating instability: changes from one moment to the next. Instability can be measured by the root mean

square of successive differences (RMSSD), which is able to capture variability as well as temporal dependency (Jahng et al., 2008).

A study by Schoevers et al. (2020), used ESM and the formula of RMSSD to assess fluctuations in positive and negative affect in patients with current or remitted depression and anxiety disorder. Results show that patients with a current disorder have higher instability of Negative and Positive Affect followed by remitters and the control group (Schoevers et al., 2020). As there is no research yet available that has studied fluctuations in grief symptoms, the question arises whether those findings might be conferrable to grief. Therefore, it might be interesting to investigate whether people with higher PGD levels also show higher instability in PGD symptoms.

The current study could be a starting point for research exploring to what extent there are fluctuation in PGD symptoms. As fluctuations in symptoms are a manifestation in many mental disorders (Shackman et al., 2016; Trull et al., 2015), the question arises whether fluctuations in grief symptoms might also be indicative of PGD. As it was originally believed that grieving processes throughout fixed stages, this study would be the first one exploring grief symptoms based on the assumption that grieving is a highly dynamic and individual process. Using ESM in this study may provide powerful and new insights into grieving as it allows the investigation of experiences within, and in interaction with the real-world context in contrast to more conventional research approaches (Myin-Germeys, et al., 2018). Moreover, it would be the first study investigating whether higher PGD levels are related to higher levels of fluctuations in grief symptoms. The current study could contribute to a better understanding of PGD, which is needed in order to increase effectiveness in current grief treatment. Fluctuations in symptoms in any psychiatric disorder are generally associated with poor clinical outcomes (Patel et al., 2015). The course of grieving can only be determined by investigating it, and therefore research is inevitable (Arizmendi & O'Connor, 2015). Thus, the twofold of this study

was to examine 1) to what extent grief symptoms fluctuate in the daily life of bereaved people and 2) to what extent fluctuations in grief symptoms are related to PGD severity levels based on the interviews. The hypothesis was stated as followed: Fluctuations in grief symptoms are higher in participants with increased PGD severity levels. As this is the first exploratory study examining grief in the daily life of bereaved people, no further hypotheses were formulated.

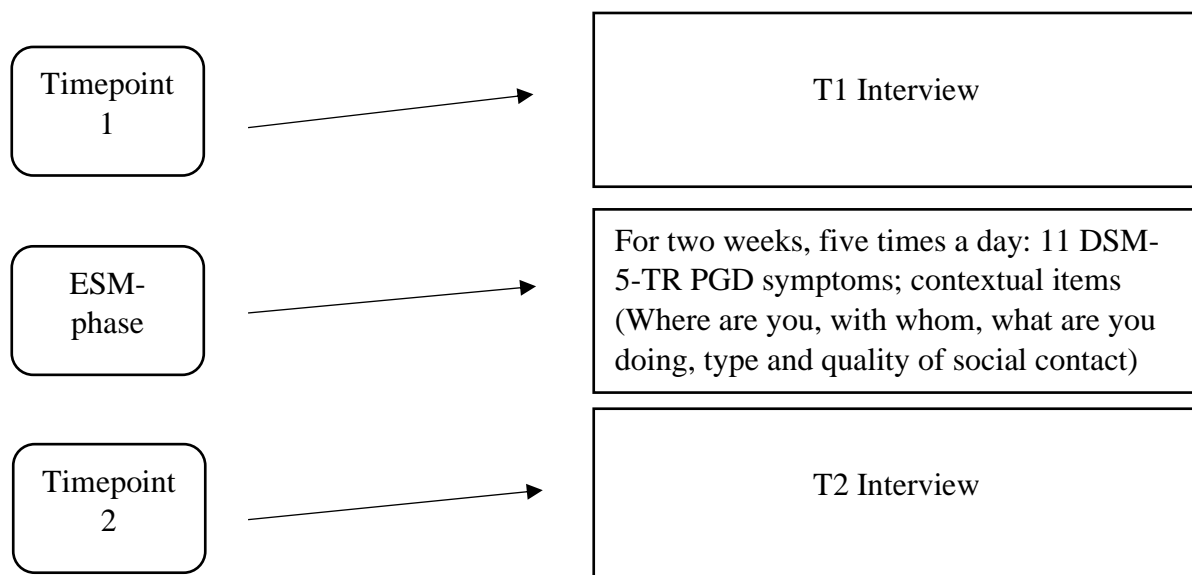
Methods

Design

In this study, a repeated measures design, was employed. The study consisted of two interviews and one ESM-phase (see Figure 1).

Figure 1

Overview of the study design



Participants

This study was conducted by students from the University of Twente, Groningen and Utrecht. Participants were recruited mainly by using the social network of the researchers that were involved in this study. Also, the study link was shared on social media platforms, like

Facebook and Instagram. Moreover, bereaved individuals that have participated in former grief studies were contacted. Each researcher recruited at least ten participants. To avoid a possible bias, the participants recruited from the social network of the researchers were not interviewed by the person who recruited them. There were some conditions to participate in this study: Participants were at least 18 years old; Participants lost a significant other like their partner, a family member or a friend; The loss was at least three months ago; Participants were not highly suicidal and were not diagnosed with a psychotic disorder; Participants were German or Dutch and owned a smartphone. Participation in the study was on a voluntary basis and participants had the opportunity to withdraw from the study at any time without giving a reason for it.

Procedure

Before the start of the study, ethical approval was granted by the BMS ethical committee of the University of Twente. An information letter was sent to people who were willing to participate in the study. After reading the information letter, participants were asked to sign an informed consent. Within a few weeks, each participant was contacted to schedule a first telephone interview via telephone. This interview took place within one week before the start of the ESM-phase. The first interview took about 30 minutes. After the interview, participants were asked to download the Ethica app from either their Play Store or Apple store and to register with the study code 2100. Meanwhile, participants received an e-mail in which two instruction videos were provided on how to download, install and use the app. The app was programmed to emit five signals each day and send a short survey. The intervals in which the signals were emitted were semi-random. Every three hours, starting between 08:30 and 09:30 in the morning, participants received a survey consisting of PGD items and contextual items. Questions popped up without forewarning to the person who received them so that participants can give their answers about their objective situation and their subjective state at that moment. If participants

missed one survey, they got a reminder after ten and twenty minutes. The participants were asked to fill in the daily survey for 14 days. After the 14 days, the second interview took place, which again took about 30 minutes.

Measures

T1 Interview and T2 Interview

The T1 and T2 interview were similarly structured. In Table 1, a complete overview about the questionnaires in T1 and T2 was displayed. The following questionnaires were applied: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Traumatic Grief Inventory (TGI-CA), Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5,) Work and Social Adjustment Scale (WSAS), the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ), the Revised Live Orientation Test (LOT-R) and the suicide protocol (see Table 1).

Table 1

Overview of content of T1 and T2 interview

Content/Questionnaire	Interview
PGD (TGI-CA)	T1, T2
PTSD (PCL-5)	T1, T2
Depression (PHQ-9)	T1, T2
Diagnosis psychotic disorder	T1
WSAS	T1
GCQ	T1
LOT-R	T1
Suicidality	T1, T2
Background/loss-related characteristics	T1
Acceptability/reactivity items	T2

Note. PGD= Prolonged Grief Disorder; TGI-CA= Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered; PTSD= Post Traumatic Stress Disorder; PCL-5= PTSD Checklist 5; PHQ-9= Patient Health Questionnaire-9; WSAS= Work and Social Adjustment scale; GQC= Grief Cognition Questionnaire; LOT-R= Revised Life Orientation test

For this study, only the TGI-CA was relevant and will therefore be explained more detailed. The TGI-CA was developed based on the Traumatic Grief Inventory Self-Report Plus (TGI-SR+), which was designed to assess symptoms of PGD and of persistent complex bereavement disorder (PCBD) in clinical and research settings (Lenferink et al., 2022). The TGI-SR+ consisted of 22 items and respondents were asked to rate the frequency of their symptoms during the previous month on a five-point scale (1= “never”, 2= “rarely”, 3= “sometimes”, 4= “frequently”, 5= “always”). By summing up the scores of the 22 items, a total score can be calculated and a score >71 was indicative for a clinical diagnosis of PGD (Lenferink et al., 2022). Lenferink et al. (2022), have examined reliability and validity and have found that internal consistency was good (> 90), as well as known-group validity and convergent validity. Thus, the TGI-SR+ was tested to be a reliable and valid tool for measuring grief and for assessing the DSM-5-TR PGD criteria sets. Cronbach’s alpha at T1 was calculated for this study and was found to be .90, which was indicative for good internal consistency (Tavakol & Dennick, 2011).

ESM-phase

For the ESM-phase eleven PGD items were developed and six contextual items. The PGD items were designed together with experts on grief and ESM. This was done by conducting a Three-Step-test interview to determine whether the items were suitable for ESM and for measuring grief symptoms in daily life. An overview of the different app items can be found in Table 2. The participants could answer the questions on a scale from 0 to 6, with 0 being “totally not” and 6 being “totally”.

Table 2

Overview of the PGD app items

In the past three hours...

- 1) I experienced intense yearning/longing for the deceased person
- 2) I was preoccupied with thoughts or memories of the deceased person
- 3) I was feeling as though part of oneself has died
- 4) It felt unreal that he/she is dead
- 5) I avoided reminders that the person is dead
- 6) I experienced feelings of sadness
- 7) I felt anger about his/her death
- 8) I had difficulty moving on
- 9) I felt numb because of his/her death
- 10) I felt that life is meaningless because of his/her death
- 11) I felt alone because of his/her death

Note. Contextual items of the app can be found in the Appendix

Statistical analysis

Data cleaning

Data cleaning was done by only including participants who answered the ESM questions at least three times a day for at least seven days. Based on that, the data from 47 participants was used to examine fluctuations in grief symptoms at T1. An independent- samples t-test was conducted to check whether there were significant differences on sociodemographic and loss-related characteristics and on the TGI-CA between the participants that were included and excluded in the analysis. No significant differences were found on the TGI-CA between the two

groups at T1 ($t(46)$; $p = .65$). Also, no significant differences were found concerning sociodemographic and loss-related characteristics (see Table 3). For T2, only the data of 37 participants was analyzed due to a dropout of ten participants during the ESM phase (see Figure 2). In preparation of the correlational analysis, the data has been checked for the assumptions of linearity, independence, heteroscedasticity and normality. Missing values for overall PGD levels at T2 were not imputed in the analyses and were deleted. Inclusion of missing values were not required for the RMSSD, due to the small effect on RMSSD estimation (Rossi et al., 2020).

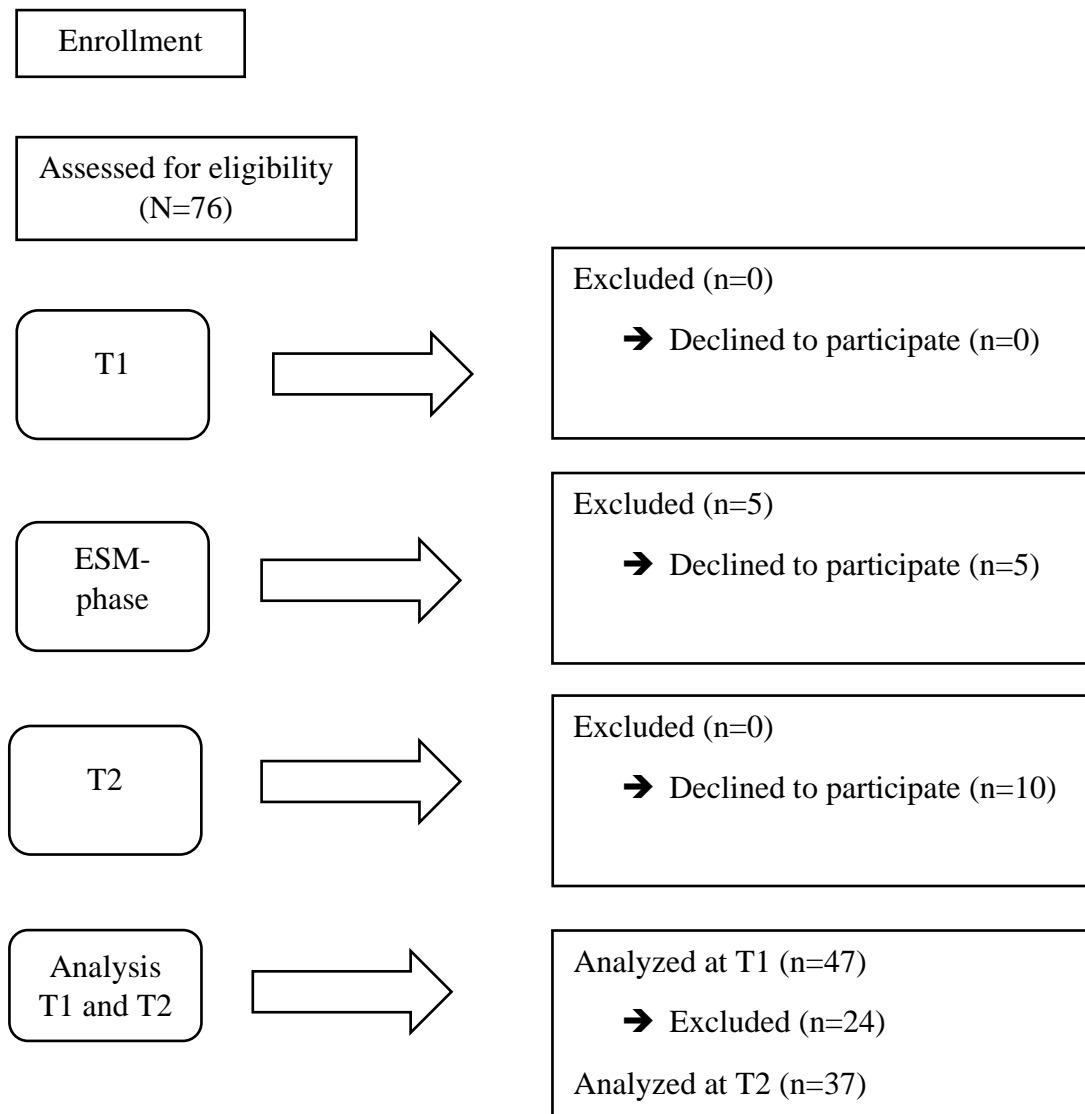
Table 3

Differences between the analyzed (n=47) and excluded sample on sociodemographic and loss-related characteristics at T1

Sociodemographic and loss-related characteristics	T	p-value
Gender	-1.39	.17
Age	-.14	.89
Education	.36	.72
Nationality	.41	.68
Kinship	-.82	.42
Cause of death	-.78	.45
Time since death	-.39	.70
Past grief support	-3.7	.71

Figure 2

Flowchart of the enrolment, inclusion and analysis of the participants in the ESM study



Statistical testing

Descriptive statistics were calculated using the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 28 for frequencies and percentages, means and standard deviations of the participants demographics and background information of the deceased loved one. R Studio has been applied to calculate the grief fluctuations by using the RMSSD formula. The RMSSD data was merged together with the ESM app data into one new datafile. A new

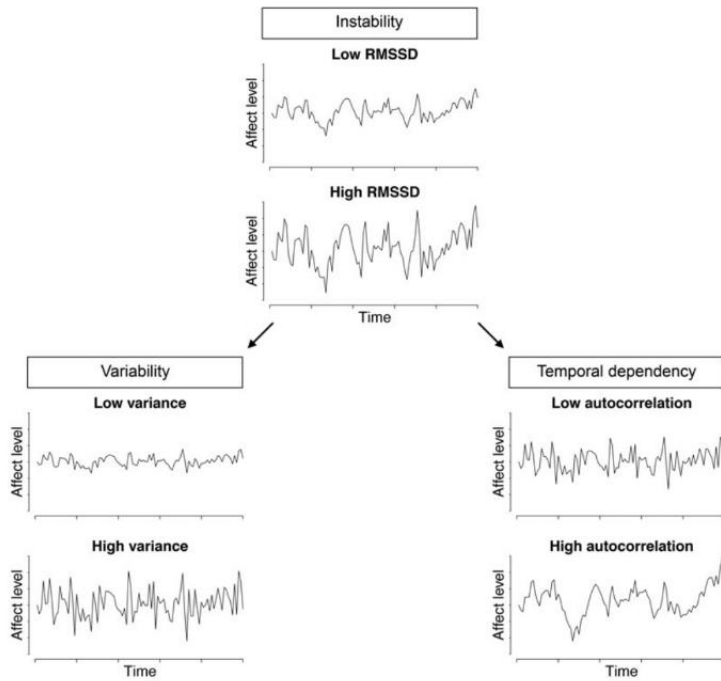
variable was computed in SPSS, which captured the sum score of all 22 items based on the TGI-CA questionnaire.

Strategies of analysis for examining to what extent grief symptoms fluctuate

To answer the first research question, the formula mean square of successive differences (MSSD) was applied and later corrected to the RMSSD. MSSD was originally proposed by von Neumann, Kent, Bellinson and Hart (1941) and was developed to measure cases, in which there may be variability in one observation from the other one. Thus, in this study, MSSD was calculated to measure the average change from one ESM assessment to the next one across the participants. It was tested to be a valid and preferred instrument for measuring instability in variables as it has features of both variability and temporal dependency (Ebner-Priemer et al., 2009; Jahng et al., 2008). In this study, the square root of the MSSD was taken (RMSSD) because it was suggested that it can correct for positive skewness (Van Roekel et al., 2015). In Figure 3 by Schoevers et al. (2020), the RMSSD was displayed, consisting of the three features instability, variability, and temporal dependency. The higher the RMSSD, the greater the instability, variability, and temporal dependency of the measured variable. For the post hoc analyses, a paired t-test was conducted for the items with the highest and lowest RMSSD mean score, to check whether the mean scores differ significantly from each other.

Figure 3

Illustration drawn by Schoevers et al. (2020) of the three components of RMSSD. Data was adapted by Houben et al., (2015) and simulated according to Jahng et al., (2008)



The formula for calculating RMSSD was described as the following (Schoevers et al., 2020):

$$RMSSD = \sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^{N-1} (x_{i+1} - x_i)^2}$$

The X stands for the variable of interest, the n for the total number of observations and the i for the individual observation.

Strategies of analysis for examining to what extent fluctuations in grief symptoms are related to PGD severity levels based on the interviews

To answer the second research question, Pearson’s correlational analysis was conducted to investigate a possible relationship between the fluctuations in grief symptoms and the PGD severity at T1 and T2. The correlational analysis was done separately for all the RMSSD scores of each ESM item and the TGI-CA sum score at T1 and T2. Thus, in total 22 correlational analyses were conducted. Cohen’s (1988) estimation of effect size was applied for interpretation of the strength of correlation. Based on that, the effect size can either be weak, moderate, or strong. A coefficient below .30 can be interpreted as a weak correlation, a

coefficient between .30 and .50 was indicative for a moderate correlation, and a coefficient higher than .50 showed a strong correlation (McLoed, 2019). Post-hoc analyses were conducted to further investigate the results. Participants were divided into two groups based on their TGI-CA sum score at T1. The median was chosen as a cut of point for division of the groups into people with low (i.e., scoring below median) and high (i.e., scoring above median) PGD levels. We chose the median for division into two groups, as it was expected to be robust to outliers and to be the better estimate when rare but extreme fluctuations occur (Doerr & Sutton, 2019). This was done to further investigate the difference in fluctuation by calculating the RMSSD mean sum score of all the eleven momentary PGD items. A paired t-test was conducted to examine whether the differences between the items with the highest RMSSD mean score significantly differ between those items with the lowest RMSSD mean score.

Results

Characteristics of participants

The mean age was 39.2 and 70.2% of the participants were female. Concerning the loss-related characteristics 89.4% of the cases of death were the consequence of a physical illness. About half of the participants lost their parent and one fifth lost their grandparent. For further characteristics see Table 1 in the appendix.

Concerning the interview based PGD severity, participants had on the TGI-CA a low sum score either between 22-30 (36.4%), or between 30-40 (36.4%). The mean score was 36.72. One participant had a score higher than 71, which may be indicative for a clinical diagnosis of PGD. However, the diagnosis of PGD cannot be given based on a telephone interview, and therefore, more differentiated diagnostic is needed. For further information see Table 2 in the appendix.

Fluctuations in grief symptoms: RMSSD

In Table 4, the RMSSD scores of each of the eleven momentary PGD items were presented. In general, fluctuations in symptoms were found in each momentary PGD item. The highest fluctuation had the items sadness (M=.65), and preoccupation (M=.55). These were also the items with the highest standard deviation and the highest mean scores. Fluctuations were lowest in part of self died (M=.14), and in numbness (M=.19).

Table 4

RMSSD scores of the eleven momentary PGD items

RMSSD scores of ESM items	Minimum	Maximum	Mean RMSSD (SD)
Yearning	0	1.45	.44 (.41)
Preoccupation	0	1.88	.55 (.52)
Part of self died	0	1.08	.14 (.26)
Unreal	0	1.61	.41 (.47)
Avoidance	0	1.76	.21(.40)
Sadness	0	2.05	.65 (.51)
Anger	0	1.39	.19 (.32)
Difficulty moving On	0	1.24	.23 (.32)
Numbness	0	1.77	.15 (.31)
Life is meaningless	0	1.17	.19 (.26)
Loneliness	0	1.19	.21 (.29)

Correlational analyses

In Table 5 the Pearson's correlation between the RMSSD values of the momentary PGD items and the TGI-CA sum scores from T1 interview were displayed. All RMSSD values were significantly positively related to the TGI-CA sum score, meaning that the higher the TGI-CA sum score, the higher was also the RMSSD value. Thus, the severe the grief symptoms, the more fluctuations there were in PGD symptoms. The strongest correlation was between difficulty moving on ($r=.75$) and the TGI-CA sum score. The following momentary PGD items were also strongly correlated to the TGI-CA sum score: Preoccupation, part of self died, unreal, avoidance, numbness, anger, life is meaningless, and loneliness. The weakest correlations were between the momentary PGD items yearning ($r=.48$), sadness ($r=.48$), and the TGI-CA sum score, which was still indicative for a moderate strong correlation.

Table 5

Pearson's correlation for the RMSSD values of the 11 momentary PGD items and the TGI-CA sum score at T1

Momentary PGD item	TGI-CA sum score
1. Yearning	.48**
2. Preoccupation	.55**
3. Part of self died	.71**
4. Unreal	.61**
5. Avoidance	.52**
6. Sadness	.48**
7. Anger	.71**
8. Difficulty moving on	.75**

9. Numbness	.69**
10. Life is meaningless	.71**
11. Loneliness	.69**

Note. **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

In Table 6 the Pearson's correlation for the RMSSD values of the momentary PGD items and the TGI-CA sum scores at T2 interview were displayed. The TGI-CA sum score at T2 was significantly positively related to the following PGD items: Yearning (.38), Unreal (.36), Avoidance (.49), and Difficulty moving on (.36). All significant correlation were moderate strong based on Cohen's estimation of effect size. The other PGD items were not significantly correlated to the TGI-CA sum score at T2 and the correlations were either moderate or weak.

Table 6

Pearson's correlation for the RMSSD values of the 11 momentary PGD items and the TGI-CA sum score at T2

Momentary PGD item	TGI-CA sum score
1. Yearning	.38*
2. Preoccupation	.32
3. Part of self died	-.09
4. Unreal	.36*
5. Avoidance	.49*
6. Sadness	.27
7. Anger	.25
8. Difficulty moving on	.36*
9. Numbness	.34
10. Life is meaningless	.09

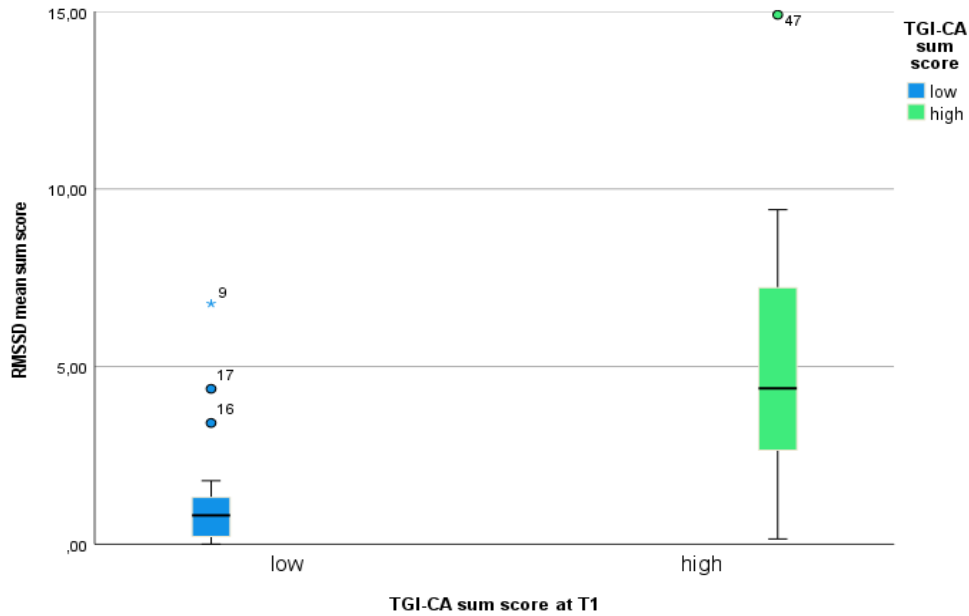
Note. *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Post hoc analyses

In Figure 4 two boxplots were displayed showing the RMSSD mean sum score of participants who had either a low or high score on the TGI-CA sum score at T1. The median (35) was used as a cut- off point for the division, as it was suggested to be the preferred index. The boxplot on the left showed that participants with a low TGI-CA sum score, had lower scores on the RMSSD mean sum score, indicative for lower fluctuations in momentary PGD items. That was also supported by the mean score within the boxplot. There were two outliers (16 and 17), and one extreme outlier (9). The boxplot on the right showed that participants with a higher TGI-CA sum score had higher scores on the RMSSD mean score. One outlier was found (47). When comparing the two boxplots, the boxplot of participants in the group “high” were broader spread than the boxplot of participants belonging to the group “low”.

Figure 4

Boxplots of participants with a low and high TGI-CA sum score at T1 displaying their RMSSD mean sum score of the 11 PGD-ESM items



A paired t-tests of the momentary PGD items sadness and numbness, sadness and part of self-died, preoccupation and numbness, and preoccupation and part of self died were conducted. Thus, the items that had the highest RMSSD mean score were paired with those items with the lowest RMDD mean score. It was shown that the p-value was $<.001$ for all four pairs, meaning that the difference between the means of each pair was significant, indicative for a real difference not due to chance. Thus, the RMSSD mean score of sadness was significantly higher than the mean scores of RMSSD of Numbness and Part of self died. Besides, the RMSSD mean score of preoccupation was significantly higher than the RMSSD mean scores of numbness and part of self died. For details see Table 3 in the appendix.

Discussion

The aim of the current study was to examine 1) to what extent grief symptoms fluctuate in the daily lives of bereaved people and 2) to what extent fluctuations in grief symptoms were related to PGD severity levels by conducting an ESM study. This is, to the best of my knowledge, the first study that examined fluctuations in grief symptoms of bereaved people using ESM and applying RMSSD.

Firstly, it was found that there were fluctuations in all the eleven momentary PGD items that were measured. That was in line with the assumption of Layne (2002) that grief may be highly variable in its symptoms, presentation, duration and intensity and that grief reactions do not decrease orderly, but rather fluctuate in their frequency and intensity. These findings also align with theoretical work such as the dual process model, suggesting that a range of emotional reactions are involved in grieving, which are not fixed, but rather flexible over time (Stroebe & Schut, 1999; Fiore, 2019). However, as this seems to be the first ESM study studying grief in the daily life of bereaved people, this study adds to these prior claims by providing first empirical evidence indicating that grief reactions indeed fluctuate during the day in bereaved people.

Secondly, this study has shown that participants with higher levels on the TGI-CA at T1, indicative for higher PGD severity levels, showed higher fluctuations in momentary PGD items. Thus, participants that had higher PGD severity, had higher rates of variability and temporal dependency, the two components of instability. On the one hand that means that bereaved people may be sensitive to different kind of stressors during their grieving process, which would be consistent with the dual-process model (Stroebe & Schut, 1999; Fiore, 2019). Fluctuations in grief may depend on loss reminders, situations and circumstances that remind the bereaved person of the absence of the loved one (Layne et al., 2002). On the other hand, it means that participants with higher PGD severity, show suboptimal affect regulation, as they experience a resistance to change of affect, which was shown by high temporal dependency (Bylsma, Morris & Rottenberg, 2008; Kuppens, Allen & Sheeber, 2010).

Thirdly, the highest fluctuations were found within the items sadness and preoccupation while the weakest fluctuations were found within the items Part of self died and Numbness. A paired t-test has proven that the difference between sadness, numbness and part of self died, as well as between preoccupation, numbness and part of self died was significant. This can be

interpreted in the way, that fluctuations in sadness and preoccupation were significantly higher than in numbness and part of self died.

A notable finding in the current study was that sadness had the highest fluctuation, but at the same time the weakest correlation to the TGI-CA sum score, which seems to be paradox and contradictory to the hypothesis that the higher the PGD severity, the higher the fluctuations in grief symptoms will be. This could be interpreted in the way that sadness may be more indicative for a “normal” grief reaction and not for PGD. That would be in line with current research suggesting that sadness is the most prototypical emotion in the grieving process, but that people experiencing non-complicated grief are able to self-regulate their emotions again (Bonanno, Goorin & Coifman, 2008). Another possible explanation for the high fluctuation in sadness could be that in a study by Freed et al. (2009) about neural mechanisms of grief regulation, it was shown that sadness was the strongest emotion elicited by memories of the deceased. In this study, participants had to answer questions about their grieving five times a day, which could possibly have influenced fluctuations in sadness when being remembered of the deceased one. However, as the correlation to the TGI-CA sum score was only moderate strong, it was suggested that there are other factors involved that have influenced fluctuations in sadness. As sadness is one of the basic emotions experienced by every human there are many triggers like rejection by a friend or lover or being disappointed by an unexpected outcome that can cause sadness (Ekman, 2021). Moreover, independent of grief and this study, there are seasonal fluctuations in mood. A study by Dzogang et al. (2016) have examined negative affect throughout the year and found out that especially sadness had the highest fluctuations between the months of September and April. As the interviews were conducted between January and March, this might explain the high fluctuations in sadness. Thus, it may be possible that sadness was not only influenced by grief, but also by seasonal mood fluctuations. In addition, sadness is one of the main characteristics of the mental disorder depression (Mouchet-Mages & Baylé,

2008). However, those arguments cannot fully explain the finding in this study, which makes further research on the relation between sadness and grief indispensable.

Lastly, for T2, only four out of eleven correlations were significant and were either weak or moderate strong, which may be due to Type 2 error. A type 2 error can occur, when the sample size is too small, which could lead to a decrease in statistical power (McLoed, 2019). In T2 only 36 interviews were available for analysis due to drop outs, while in T1 there were 47 interviews. Thus, a possible explanation might be that when the sample size would be bigger in T2 there would be more and also stronger significant correlations similar to T1.

Strengths of the study

The main strength of this study was that it was an ESM study that has examined fluctuations in grief in the daily life of bereaved people. ESM allows to get a deeper understanding of grieving by capturing symptoms as they occur and by helping to understand of how grieving unfolds in the daily life over time (Myin-Germeys et al., 2018). In contrast to cross sectional data, in which data is limited to a single time point, the data that can be provided by ESM is multilevel, nested within individuals, longitudinal, and collected on different assessment points (Myin-Germeys et al., 2018). ESM makes it possible for the first time to study fluctuations in grief symptoms based on the assumption that grieving is a complex dynamic process and not static, progressing through fixed stages (Fiore, 2019; Stroebe & Schutt, 1999; Stroebe & Schutt, 2016). Therefore, applying ESM in the current study, allows to actually test the dual process model of grief, which adds empirical evidence to the theoretical work. Other strengths were that in the current study, the formula RMSSD was applied, which allows to capture changes from one moment to the next, by including variability as well as temporal dependency (Jahng et al., 2008). Also, the sample consisted of different nationalities, including German and Dutch participants, and was to my knowledge with almost fifty available data sets one of the largest available grief studies of bereaved people in daily life.

Limitations

Firstly, the study was conducted among a sample, in which based on the TGI-CA sum score, only one participant met the criteria for a possible diagnosis of PGD. However, the TGI-CA sum score was calculated based on the answers of a telephone interview, which may be not sufficient for giving the diagnosis of PGD and can therefore, just give a possible indication. Therefore, the results may not be transferable to bereaved people diagnosed with PGD. An alternative for the future would be to conduct the current study again with a more differentiated diagnostic of participants.

Secondly, nine out of ten death cases were the consequence of a physical illness and seven out of ten of participants lost either their parent or their grandparent. Thus, the loss-related characteristics were very similar among the sample. Therefore, the findings in the current study are limited to people who lost either their parent or grandparent after a physical illness and are not expressive for people with different loss-related characteristics. In a study by Neimeyer (2001) about traumatic loss and the reconstruction of meaning, it was shown that bereaved people that have lost a loved one after a death through homicide, suicide, or an accident, have to face additional challenges beyond those associated with bereavement after a non-traumatic loss. Therefore, the findings of this study cannot be generalized to people who have lost a loved one in potentially traumatic circumstances.

Lastly, missing values were not imputed in the analysis and were deleted, which may present various problems as it can reduce statistical power due to limiting the sample size (Kang, 2013). Moreover, the missing data can cause sample bias because of a difference between the answers of responders and non-responders, which might reduce representativeness of the target population (Kang, 2013; Pampaka et al., 2016).

Recommendations

As there is a gap in knowledge about how bereaved people experience grieving, much more research is needed in studying grief fluctuations, which could add to the findings in the current study. It would be interesting to investigate to what extent loss reminders, situations and circumstances that remind the bereaved person of the absence of the loved one influences the fluctuations in grief symptoms. This could for example be done by asking participants to self-monitor their grieving symptoms, to get a better understanding of the fluctuation patterns. In a study by Wetherell (2012), clients of a grief treatment program were asked to fill in a grief diary in which they record possible triggers for experiencing grieving, distressing and less distressing moments, to investigate possible patterns. Thus, future research could focus on not only examining to what extent there are fluctuations in grief, but also which factors exactly have an influence on the grief fluctuations.

Moreover, in terms of treatment purposes it would be a first important step to conduct the study only with participants diagnosed with PGD to investigate whether there are differences in results, compared to participants in the current sample not being diagnosed with PGD. In a study about affect fluctuations in people with depression conducted by Schoevers et al. (2020), three groups were compared to each other: People with a current depressive episode, people with remitted depression, and a control group. As the current study has already shown that the higher the PGD score, the higher the fluctuations, it might be interesting to compare participants diagnosed with PGD to bereaved people and to a control group. By comparing the groups to each other, clinicians could get a clearer picture about possible differences between people diagnosed with PGD compared to bereaved people.

Conclusion

To conclude, the current study has shown that there were fluctuations in all eleven momentary PGD items. Participants with a higher TGI-CA sum score, displayed higher levels in fluctuations compared to participants with a lower TGI-CA sum score. This study has used

ESM and applied RMSSD, which allowed studying fluctuations in grieving for the first time in the daily life of bereaved people. The findings in this study may be promising as a starting point for research exploring more differentiated fluctuation patterns in bereaved people. Studying those patterns may be relevant as indicators of PGD and may be used to guide interventions in clinical practice as well as getting a better understanding of the grieving process in general.

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (7th ed.). Arlington, VA: Author
- Arizmendi, B. J., & O'Connor, M.-F. (2015). What is “normal” in grief? *Australian Critical Care*, 28(2), 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.005>
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28 (4), 676–69
doi: S0272-7358(07)00162-6
- Boelen, P. A., Djelantik, A. A., De Keijser, J., Lenferink, L. I., & Smid, G. E. (2018). Further validation of the traumatic grief inventory-self report (TGI-SR): A measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder. *Death Studies*, 43(6), 351-364. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1480546>
- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder in section II of DSM-5: A commentary. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1771008. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1771008>
- 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(3), 196-212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 444-452. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Bonanno, G. A., Goorin, L., & Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Doerr, B., & Sutton, A. M. (2019). When resampling to cope with noise, use median, not mean. *Proceedings of the Genetic and Evolutionary Computation Conference*. <https://doi.org/10.1145/3321707.3321837>
- Dzogang, F., Lansdall-Welfare, T., & Cristianini, N. (2016). Seasonal fluctuations in collective mood revealed by Wikipedia searches and Twitter posts. *2016 IEEE 16th*

- International Conference on Data Mining Workshops (ICDMW). <https://doi.org/10.1109/icdmw.2016.0136>
- Ebner-Priemer, U. W., Eid, M., Kleindienst, N., Stabenow, S., & Trull, T. J. (2009). Analytic strategies for understanding affective (in)stability and other dynamic processes in psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 195-202. <https://doi.org/10.1037/a0014868>
- Ekman P., Paul Ekman Group. Sadness. (2021, May 4). Retrieved from: <https://www.paulekman.com/universal-emotions/what-is-sadness/>
- Fiore, J. (2019). A systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999–2016). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 84(2), 414-458. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>
- Freed, P. J., Yanagihara, T. K., Hirsch, J., & Mann, J. J. (2009). Neural mechanisms of grief regulation. *Biological Psychiatry*, 66(1), 40. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.01.019>
- Friedman, R. A. (2012). Grief, depression, and the DSM-5. *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1855-1857. <https://doi.org/10.1056/nejmp1201794>
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., & Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 901–930. doi: 10.1037/a0038822
- Jahng S., Wood P. K., Trull T. J. Analysis of affective instability in ecological momentary assessment: indices using successive difference and group comparison via multilevel modeling. *Psychological Methods*. 2008; 13:354–375. doi: 10.1037/a0014173.
- Kang, H. (2013). The prevention and handling of the missing data. *Korean Journal of Anesthesiology*, 64(5), 402. <https://doi.org/10.4097/kjae.2013.64.5.402>
- Kuppens, P., Allen, N. B., & Sheeber, L. B. (2010). Emotional inertia and psychological maladjustment. *Psychological Science*, 21(7), 984–991. doi: 10.1177/0956797610372634
- Larson, R., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The experience sampling method. *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, 21-34. https://doi.org/10.1007/978-94-017-90888_2

- Layne, C. M., Saltzman, W. R., & Pynoos, R. S. (2002). Grief Reactions: A clinician's perspective. *Marriage and Families*, 8(1), 5.
- Lenferink, L., Eisma, M., Smid, G., De Keijser, J., & Boelen, P. (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>
- McLeod, S. A. (2019, July 10). What does effect size tell you? Simply psychology: <https://www.simplypsychology.org/effect-size.html>
- McLeod, S. A. (2019, July 04). What are type I and type II errors? Simply psychology: <https://www.simplypsychology.org/type I and type II errors.html>
- Myin-Germeys, I., Kasanova, Z., Vaessen, T., Vachon, H., Kirtley, O., Viechtbauer, W., & Reininghaus, U. (2018). Experience sampling methodology in mental health research: New insights and technical developments. *World Psychiatry*, 17(2), 123-132. <https://doi.org/10.1002/wps.20513>
- Neimeyer, R. A. (2018). Tragedy and transformation: Meaning reconstruction in the wake of traumatic loss. *Death, Bereavement, and Mourning*, 121-134. <https://doi.org/10.4324/9781351322089-9>
- NOS. "Rouwbegeleiding op het werk vaak onvoldoende" .2019. Retrieved from: ['Rouwbegeleiding op het werk vaak onvoldoende' \(nos.nl\)](https://www.nos.nl)
- Pampaka, M., Huthcheson, G., & Williams, J. (2016). Handling missing data: Analysis of a challenging data set using multiple imputation. *International Journal of Research & Method in Education*, 39(1), 19-37. <https://doi.org/10.1080/1743727x.2014.979146>
- Patel, R., Lloyd, T., Jackson, R., Ball, M., Shetty, H., Broadbent, M., Geddes, J. R., Stewart, R., McGuire, P., & Taylor, M. (2015). Mood instability is a common feature of mental health disorders and is associated with poor clinical outcomes. *BMJ Open*, 5(5), e007504-e007504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007504>
- Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Cardini, A., Lari, L., Felice, F., Di Stefano, R., Mazzotta, G., Bovenzi, F. M., Bertoli, D., Borelli, L., Michi, P., Oligeri, C., Balbarini, A., & Manicavasagar, V. (2015). Clinical correlates of complicated grief among individuals

- with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2583. <https://doi.org/10.2147/ndt.s87118>
- Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C., Parkes C.M., Aslan M., Goodkin K. et al., (2009) Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM V and ICD-11. *PLoS Med* 6(8): e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Rossi, A., Pedreschi, D., Clifton, D. A., & Morelli, D. (2020). Error estimation of ultra-short heart rate variability parameters: effect of missing data caused by motion artifacts. *Sensors*, 20(24), 7122. <https://doi.org/10.3390/s20247122>
- Schoevers, R. A., Van Borkulo, C. D., Lamers, F., Servaas, M., Bastiaansen, J. A., Beekman, A. T., Van Hemert, A. M., Smit, J. H., Penninx, B. W., & Riese, H. (2020). Affect fluctuations examined with ecological momentary assessment in patients with current or remitted depression and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 51(11), 1906-1915. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000689>
- Schut, M. S. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Shackman, A. J., Tromp, D. P., Stockbridge, M. D., Kaplan, C. M., Tillman, R. M., & Fox, A. S. (2016). Dispositional negativity: an integrative psychological and neurobiological perspective. *Psychological Bulletin*, 142(12), 1275–1314. doi: 2016-48465-001
- Shear, K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*, 372: 153-160. Doi:10.1056/NEJMcpl315618
- 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)
- Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A Missing Link In The Dual Process Model? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(1), 96-109. <https://doi.org/10.1177/0030222816666540>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455-473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

- Trull, T. J., Lane, S. P., Koval, P., & Ebner-Priemer, U. W. (2015). Affective dynamics in psychopathology. *Emotion Review: Journal of the International Society for Research on Emotion*, 7(4), 355–361. doi: 10.1177/1754073915590617
- Von Neumann, J., Kent, R. H., Bellinson, H. R., & Hart, B. I. (1941). The mean Square successive difference. *The Annals of Mathematical Statistics*, 12(2), 153-162. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177731746>
- van Roekel, E., Bennis, E. C., Bastiaansen, J. A., Verhagen, M., Ormel, J., Engels, R. C., & Oldehinkel, A. J. (2015). Depressive symptoms and the experience of pleasure in daily life: An exploration of associations in early and late adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 999-1009. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0090-z>
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159-166. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/jwetherell>

Appendix

Table 1

Socio- demographic and loss-related characteristics of the sample (N=47)

Variable	Frequency	(%)
Age in years, mean (SD)	39.2 (16 SD)	
Gender		
Female	33	70.2
Male	14	29.8
Nationality		
German	28	59.6
Dutch	19	40.4
Education		
High school	7	14.9
Vocational	13	27.7
University	27	57.4
Kinship		
Parent	25	53.2
Grand parent	9	19.1
Partner	5	10.6
Sibling	2	4.3
Grandchild	1	2.1
Friend	1	2.1
Other	4	8.5
Cause of death		

Physical illness	42	89.4
Suicide	1	2.1
Homicide	1	2.1
Other	3	6.4

Note. N= 47. Participants were on average 39.2 years old (SD = 16.18). Time since the loss was on average 74.81 months (SD = 92.86).

Table 2

TGI-CA sum scores of the participants at T1

TGI-CA sum scores	N (%)
22-30	17 (36.4)
30-40	17 (36.4)
40-50	8 (16.9)
50-60	2 (4.2)
60-70	2 (4.2)
>71	1 (2.1)

Note. Score >71= cut off point for the clinical diagnosis of PGD; Mean= 36.72; Minimum= 22; Maximum=80

Table 3

Paired t-test of the PGD-ESM items sadness, numbness, part of self died, and preoccupation

Pairs	Mean (SD)	T	p-value
Sadness and Numbness	.49 (.47)	-7.2	< .001
Sadness and Part of self died	.51 (.48)	-6.2	< .001
Preoccupation and Numbness	.41 (.43)	-6.5	< .001
Preoccupation and Part of self died	.39 (.44)	-7.2	< .001

Grief in Daily Life: Information letter and Informed consent German

Start of Block: Informed Consent

IC

Sehr geehrte Frau/Sehr geehrter Herr,

Sie wurden gebeten, an der Studie „Trauer im alltäglichen Leben“ teilzunehmen, weil Sie Erfahrungen mit dem Tod eines geliebten Menschen haben. Bevor Sie sich entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten, lesen Sie bitte die folgenden Informationen zur Studie. Wenn Sie nach dem Lesen der Informationen noch Fragen haben, können Sie sich an die verantwortliche Forscherin Dr. Lonneke Lenferink wenden. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Schreibens.

Allgemeine Informationen

Diese Studie wurde von den niederländischen Universitäten Twente (UT), Groningen (RUG), und Utrecht (UU) erarbeitet. Die Ethikkommission für Psychologie von der UT hat diese Studie genehmigt.

Hintergrund und Zweck der Studie

Der Tod eines geliebten Menschen kann heftige Reaktionen auslösen. Jeder überlebende Angehörige geht auf seine Weise mit diesem Ereignis um. Gefühle der Trauer nach einem Verlust können von Moment zu Moment unterschiedlich sein. Das Ziel dieser Studie ist es, mögliche Schwankungen in Bezug auf die Trauer genauer zu untersuchen. Außerdem wird untersucht, wie Sie die Teilnahme an der Studie wahrgenommen haben. Nach der Studie können folgende Fragen möglicherweise beantwortet werden: Inwiefern schwanken die Reaktionen der Trauer im Laufe des Tages nach dem Tod eines geliebten Menschen? Welche Faktoren haben einen Einfluss auf mögliche Schwankungen? Ist die Methode, die in dieser Studie genutzt wird geeignet, um Schwankungen in Trauerreaktionen zu untersuchen?

Was erwartet Sie?

Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen, werden Sie gebeten, Fragen per Telefoninterview zu beantworten. Sie können den Tag und die Uhrzeit des Interviews in Absprache mit dem Forscher auswählen. Der Forscher wird Sie per E-Mail oder Telefon kontaktieren, um den Termin für das Interview zu vereinbaren, nachdem Sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben. Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 30 Minuten. Um ein möglichst genaues Bild davon zu bekommen, wie Sie mit dem Verlust eines nahestehenden Menschen umgehen, werden mehrere Fragen gestellt über mögliche emotionale Reaktionen, die durch den Tod eines geliebten Menschen ausgelöst werden können. Nach dem Interview werden Sie darum gebeten, zwei Wochen lang eine Smartphone App zu benutzen, von der Sie 5-mal am Tag ca. 15 Fragen gestellt bekommen. Das Beantworten der Fragen dauert jedes Mal ungefähr 2 bis 3 Minuten. Nachdem die zwei Wochen um sind, werden Sie dazu aufgefordert, an einem zweiten telefonischen Interview teilzunehmen. Der Inhalt des Interviews wird ähnlich sein wie der des ersten Interviews.

Mögliche Unannehmlichkeiten oder Nachteile

Die Beantwortung der Fragen kann negative Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem Tod Ihres Angehörigen hervorrufen. Bei Fragen zur Studie können Sie sich an Dr. Lonke Lenferink wenden. Wenn Sie nach den im Interview gestellten Fragen psychologische Hilfe benötigen, empfehlen wir Ihnen, sich an Ihren Hausarzt zu wenden. Dieser kann Sie dann an einen entsprechenden Spezialisten überweisen. Vorteile der Studienteilnahme Durch die Beantwortung der Interview Fragen erhalten Sie möglicherweise einen besseren Überblick über Ihre eigenen Erfahrungen. Die Studie liefert auch Wissen über die Erfahrungen von Ihnen und anderen Menschen, die mit den Folgen eines Todes konfrontiert wurden. Dieses Wissen trägt direkt oder indirekt zur Verbesserung der Unterstützungsmöglichkeiten für Sie und andere Angehörige bei.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Jeder, der 18 Jahre oder älter ist und dessen Partner, Familienmitglied oder Freund vor mehr als 3 Monaten verstorben ist, kann an der Studie teilnehmen. Um die Folgen des Todes von geliebten Menschen breit abbilden zu können, ist es wichtig, dass möglichst viele Personen an der Studie teilnehmen. Wir bitten auch Personen, die nur wenige Beschwerden haben oder vor einiger Zeit einen Verlust erlitten haben, an der Studie teilzunehmen. Wenn Sie andere Personen kennen, die ebenfalls einen Todesfall miterlebt haben, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie diese auf unsere Studie hinweisen könnten. Sie können außerdem mit Dr. Lonke Lenferink direkt Kontakt aufnehmen und sich bei ihr anmelden.

Vertraulichkeit

Die während der Studie über Sie erhobenen Daten werden gemäß den (inter)nationalen Vorschriften und Gesetze, einschließlich der Allgemeinen Datenschutzverordnung (AVG), vertraulich behandelt. Ihre persönlichen Daten wie Name und Emailadresse werden von den Antworten, die Sie während des Interviews geben, getrennt und separat gespeichert. Die Daten sind mit einem Code versehen, mit dem wir als Forscher die Daten miteinander verbinden können. Dies gibt uns die Möglichkeit, Daten einer möglichen Folgestudie mit Ihren heutigen Daten zu verknüpfen und Ihre Daten auf Wunsch zu vernichten. Wenn Sie sich für die Teilnahme an dieser Studie entscheiden, geben Sie die Erlaubnis, dass Mitarbeiter Ihre Daten während dieser Studie einsehen können. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, diese Informationen geheim zu halten. Ihre Forschungsdaten werden von den Forschern

ausgewertet. Forschungsdaten, die beispielsweise in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, können nicht auf Sie zurückgeführt werden. Ihre persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und von den Forschern nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Privatsphäre ist somit garantiert.

Verwendung und Speicherung Ihrer Daten

Für diese Studie werden Ihre Daten wie Name, Geburtsdatum und Antworten auf die Interview Fragen gesammelt, verwendet und gespeichert. Die Erhebung und Nutzung Ihrer Daten ist erforderlich, um die in dieser Studie gestellten Fragen beantworten und die Ergebnisse veröffentlichen zu können. Die Speicherung personenbezogener Daten ist, wie angegeben, erforderlich, um Ihnen - sofern Sie damit einverstanden sind - Informationen zu weiteren Studien zukommen zu lassen und Ihre Daten auf Anforderung zu vernichten. Diese Daten werden vernichtet, wenn der Zweck, für den sie erhoben wurden, erfüllt wurde. Die Aufbewahrung von Forschungsdaten dient der Transparenz und Reproduzierbarkeit der wissenschaftlichen Forschung. Diese anonymen Daten müssen am Forschungsstandort mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. Sie können Ihre Daten auch einsehen, wenn Sie dies wünschen. Sie können den Forscher kontaktieren, um Ihre Daten einzusehen. Ihre Daten können auch für andere wissenschaftliche Studien zum Thema Trauer wichtig sein. Ihre anonymen Daten können daher innerhalb der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist an nationale und internationale Trauerforscher weitergegeben werden. Sie können bei der Einverständniserklärung angeben, ob Sie damit einverstanden sind. Falls Sie nicht einverstanden sind, können Sie auch einfach nur an der aktuellen Studie teilnehmen.

Freiwillige Teilnahme

Es steht Ihnen frei, die Teilnahme an dieser Studie zuzusagen oder zu verweigern. Auch wenn Sie jetzt die Einwilligung geben, können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden und Ihre Forschungsdaten vernichten lassen. Die bis zu diesem Zeitpunkt gesammelten Daten werden für die Studie verwendet. Das Stoppen der Teilnahme hat keinerlei Konsequenzen für Sie.

Für weitere Informationen bei Fragen zur Studie wenden Sie sich bitte an Lonneke Lenferink. Sie erreichen sie per E-Mail: l.i.m.lenferink@utwente.nl. Für spezifische Fragen bezüglich der App, können Sie sich an den UT Student Tom van Die wenden. Er ist zu erreichen per E-Mail: T.s.vandie@student.utwente.nl oder per Telefon: 06-17868786.

Mit freundlichen Grüßen,
Lonneke I.M. Lenferink
Assistenz- Professorin
Universität Twente, Universität Utrecht, und Reichsuniversität Groningen

Instruction Einverständniserklärung

Wenn Sie sich entscheiden, an der Studie "Trauer im alltäglichen Leben" teilzunehmen, benötigen

wir Ihre persönlichen Daten. Ihre persönlichen Daten und Antworten auf die Interview Fragen werden nach Erhalt separat gespeichert und vertraulich behandelt.

Q3 Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zur Studie zu stellen, und die von mir gestellten Fragen, wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit zu entscheiden, ob ich teilnehmen möchte oder nicht.

Ja (1)

Q4 Ich bin mir bewusst, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß auch, dass ich mich jederzeit entscheiden kann, nicht teilzunehmen oder meine Teilnahme abubrechen. Ich muss keinen Grund dafür angeben.

Ja (1)

Q5 Ich erkläre mich mit der Verwendung meiner Daten für die heutige Studie, wie in den Forschungsinformationen beschrieben, einverstanden. Meine Privatsphäre ist jederzeit garantiert.

Ja (1)

Q6 Ich erkläre mich mit der Verwendung meiner Daten für andere Studien zum Thema Trauer, wie in den Forschungsinformationen beschrieben, einverstanden. Meine Privatsphäre ist jederzeit garantiert.

Ja (1)

Nein (2)



Q8 Datum (TT/MM/YYYY):



Q9 Vorname und Nachname:



Q10 E-Mail Adresse:

End of Block: Informed Consent

Grief in Daily Life Interview T1 German - Copy

Start of Block: Block 7

intro interview [Teilnehmer*in geht ans Telefon] Interviewer*in: Hallo [Name des Teilnehmers], hier ist [Name des Interviewers] von der Universität Twente/Utrecht/Groningen. Wir haben heute einen Termin wegen Ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie "Trauer im alltäglichen Leben". Wie im Vorhinein besprochen, besteht die Teilnahme aus dem Beantworten von Fragen während dieses Telefoninterviews und wird ungefähr 30 Minuten dauern.

Passt es Ihnen immer noch, dass wir nun das Interview durchführen? [Wenn nein, planen Sie einen anderen Tag und / oder eine andere Uhrzeit]

Sind Sie derzeit an einem ruhigen Ort, an dem Sie Fragen frei beantworten können, ohne gestört oder abgelenkt zu werden? [Wenn nein, raten Sie dem/der Teilnehmer*in, einen ruhigen Ort zu suchen] Bevor ich anfangen Ihnen Fragen zu stellen, möchte ich Ihnen zuerst kurz erklären, wie das Interview aufgebaut ist. Das Interview ist in zwei Teile gegliedert. Ich werde gleich mit Teil 1 anfangen. Teil 1 besteht darin, Fragen zu Ihrem Hintergrund (z. B. Ihr Alter) zu stellen. Danach stelle ich ein paar Fragen zum Hintergrund Ihres/Ihrer verstorbenen Angehörigen und ob sie professionelle Hilfe erhalten haben (z.B. durch eine*n Psycholog*in). Teil 2 besteht aus Fragen zu emotionalen Reaktionen, die Sie möglicherweise erlebt haben. Wir stellen jeder Person, die an dieser Studie teilnimmt, die gleichen Fragen, damit wir die Antworten später vergleichen können. Ich werde Sie bitten Ihre Antwort mit Hilfe einer Nummer fest zu legen. Zum Beispiel werde ich Sie fragen, Ihre Antwort auf einer Skala von 1 bis 5 zu bewerten, wobei z.B. 1 nie und 5 immer ist. Die Antwortoptionen werde ich im Laufe des Interviews mehrmals wiederholen. Das hört sich vielleicht etwas umständlich an, aber um die Antworten aller Teilnehmer*innen vergleichen zu können, ist es wichtig, dass wir Antworten anhand von Nummern einordnen. Dadurch können wir später die Daten besser auswerten und genauere Aussagen darüber treffen, wie Menschen mit einem Verlust umgehen. Bitte wählen Sie die für Sie zutreffende Antwort. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wie im Informationsschreiben angegeben, verwenden wir Ihre Antworten und die der anderen Teilnehmer*innen, um die emotionalen Folgen des Todes eines geliebten Menschen besser verstehen zu können. Unsere Resultate beziehen sich dabei immer auf die ganze Gruppe von Teilnehmer*innen. Wir werden niemals Antworten einzelner Personen direkt wiedergeben. Ihre Antworten auf die gleich gestellten Fragen werden getrennt von Ihrem Namen und Ihren Kontaktdaten gespeichert. Auf diese Weise schützen wir Ihre Privatsphäre.

Haben Sie im Moment Fragen an mich?

Dann möchte ich jetzt mit dem ersten Teil des Interviews beginnen.



Date of interview Heutiges Datum (TT/MM/JJJJ)

ID ID Nummer des Teilnehmers

End of Block: Block 7

Start of Block: De vragenlijst begint met een aantal algemene vragen.

Q51 Wir beginnen das Interview mit einer Reihe von Fragen über Sie und Ihre*n verstorbenen Angehörige*n. Zuerst einige allgemeine Fragen.



Gender Was ist Ihr Geschlecht?

- männlich (1)
 - weiblich (2)
 - Anders (3)
-



DoB Was ist Ihr Geburtsdatum? (TT/MM/JJJJ)

Home country Was ist Ihr Geburtsland?

Education Was ist die höchste Ausbildung, die Sie mit einem Diplom abgeschlossen haben?

- Grundschule (1)
 - Haupt- / Realschule/ Gymnasium (2)
 - Berufsschule (3)
 - Fachhochschule oder Universität (4)
-

Ex. psychotic Haben Sie jemals eine Diagnose für eine psychotische Störung von einer/einem Psycholog*in, Therapeut*in oder Psychiater*in erhalten?

Nein (1)

Ja (2)

Display This Question:

*If Haben Sie jemals eine Diagnose für eine psychotische Störung von einer/einem Psycholog*in, Therap... =
Ja*

Q53 Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Interview negative Reaktionen und Emotionen hervorrufen kann, werde ich zu Ihrem eigenen Schutz das Interview hier beenden. Sind Sie damit einverstanden? Ich möchte mich bei Ihnen für Ihre Offenheit und Ehrlichkeit bedanken. Haben Sie im Moment noch Fragen an mich? Ich möchte mich nochmals für Ihr Interesse an der Studie bedanken.

End of Block: De vragenlijst begint met een aantal algemene vragen.

Start of Block: Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre(n) verstorbenen Angehörigen

Display This Question:

*If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Interv... Is
Displayed*

Q54 Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre(n) verstorbene(n) Angehörige(n).

Display This Question:

*If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Interv... Is
Displayed*

kinship In welcher Beziehung stehen Sie zu dem/der verstorbenen Angehörigen?

- Partner (1)
 - Kind (2)
 - Vater/Mutter (3)
 - Bruder/Schwester (4)
 - Opa/Oma (5)
 - Enkel(in) (6)
 - Freund(in) (7)
 - Keine der oben genannten, sondern mein: (8)
-

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

*

age_deceased In welchem Alter ist ... verstorben?

Display This Question:

If In welchem Alter ist ... verstorben? Text Response Is Displayed

*

DoD An welchem Datum ist ... verstorben ? (TT/MM/JJJJ)

Display This Question:

If An welchem Datum ist ... verstorben ? (TT/MM/JJJJ) Text Response Is Displayed

cause Was war die Todesursache von ...?

- Körperliche Erkrankung (zum Beispiel Alter, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankung, bei Geburt verstorben) (1)
- Unfall (zum Beispiel Verkehrsunfall, Ertrinken, Vergiften, Fallen) (2)
- Selbstmord (3)
- Mord oder Totschlag (4)
- Sonstige(s), nämlich: (5) _____

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Interv... Is Displayed

(un)expected Inwieweit haben Sie den Tod von ... als unerwartet erlebt?

1 ist überhaupt nicht unerwartet, 2 ist ein bisschen unerwartet, 3 ist ziemlich unerwartet, 4 ist sehr unerwartet und 5 ist völlig unerwartet

- überhaupt nicht unerwartet (1)
- ein bisschen unerwartet (2)
- ziemlich unerwartet (3)
- sehr unerwartet (4)
- völlig unerwartet (5)

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Interv... Is Displayed

historysupport Haben Sie jemals vor dem Tod von ... Hilfe von einer/einem Psycholog*in, Therapeut*in oder Psychiater*in für Ihre persönlichen Probleme erhalten?

- Nein (1)
- Ja (2)

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

griefsupport Haben Sie jemals Hilfe von einer/einem Psycholog*in, Therapeut*in oder Psychiater*in in Bezug auf den Tod von ... erhalten?

- Nein (1)
- Ja (2)

Display This Question:

*If Haben Sie jemals Hilfe von einer/einem Psycholog*in, Therapeut*in oder Psychiater*in in Bezug auf... = Ja*

currentsupport Erhalten Sie derzeit Hilfe von einer/einem Psycholog*in, Therapeut*in oder Psychiater*in in Bezug auf den Tod von ...?

- Nein (1)
- Ja (2)

End of Block: Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre(n) verstorbenen Angehörigen

Start of Block: Block 3

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

intro PHQ Vielen Dank für Ihre Antworten. Wir sind nun mit dem ersten Teil der Studie fertig. Der zweite Teil dieses Interviews besteht aus Fragen zu emotionalen Reaktionen, die Sie möglicherweise

erlebt haben. Wie bereits erwähnt, stellen wir jeder/jedem Teilnehmer*in die gleichen Fragen, damit wir die Antworten später miteinander vergleichen können. Ich werde Sie jedes Mal bitten, Ihre Antwort mit Hilfe einer Nummer festzulegen. Wie bereits erwähnt, fühlt sich dies vielleicht etwas unnatürlich an, aber es ist notwendig um Ihre Antworten besser analysieren und mit denen der anderen Teilnehmer*innen besser vergleichen zu können. Haben Sie Stift und Papier zur Hand? Es kann hilfreich sein, wenn Sie die Antwortoptionen, die ich Ihnen gleich gebe, aufschreiben. Wenn Sie möchten, können wir eine kurze Pause einlegen, wenn sie zum Beispiel etwas trinken möchten. Sind Sie nun bereit für den zweiten Teil des Interviews?

Display This Question:

If Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed



PHQ_1

Wir beginnen nun mit 9 Fragen zu traurigen Gefühlen, die Sie in den letzten zwei Wochen möglicherweise erlebt haben.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden

beeinträchtigt? Sie können aus den folgenden Antworten wählen: 1 ist überhaupt nicht, 2 ist an einzelnen Tagen, 3 ist an mehr als der Hälfte der Tage, und 4 ist beinahe jeden Tag

	1. überhaupt nicht (1)	2. an einzelnen Tagen (2)	3. an mehr als der Hälfte der Tage (3)	4. Beinahe jeden Tag (4)
1. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrten Schlaf? (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Müdigkeit oder durch das Gefühl, keine Energie zu haben? (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch verminderten Appetit oder übermäßigem Bedürfnis zu essen (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch eine schlechte Meinung von sich selbst; das Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen? (16)

8. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch das Verlangsamen Ihrer Bewegungen oder Ihrer Sprache sodass es auch anderen hätte auffallen können? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? (19)

9. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten? (20)

End of Block: Block 3

Start of Block: Block 8

Display This Question:

If Wir beginnen nun mit 9 Fragen zu traurigen Gefühlen, die Sie in den letzten zwei Wochen möglicher... != 9. In wie weit fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten? [1. überhaupt nicht]

suicidal intro Sie haben Folgendes auf die letzte Frage beantwortet (Antwort des/der Teilnehmers/Teilnehmerin wiederholen). Gemäß unseres Forschungsprotokolls, möchte ich Ihnen einige weitere Fragen stellen, um Ihre Sicherheit zu gewährleisten und Ihnen bei Bedarf Informationen zur Verfügung zu stellen, wie und wo Sie Hilfe erhalten können. Ist das in Ordnung?

Display This Question:

*If Sie haben Folgendes auf die letzte Frage beantwortet (Antwort des/der Teilnehmers/Teilnehmerin wi...
Is Displayed*

suicidal1.1 Haben Sie in den letzten vier Wochen darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?

- Nein (1)
- Ja (2)

Display This Question:

If Haben Sie in den letzten vier Wochen darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen? = Nein

not suicidal 1.1 Weil Sie die Frage mit "nein" beantwortet haben, würde ich gerne mit dem Interview fortführen. Aber nur, wenn Sie sich noch gut genug fühlen, um weitere Fragen zu beantworten. Wir können ansonsten auch eine kurze Pause machen, bevor wir weitermachen. Vielleicht möchten Sie erst einen Schluck Wasser trinken.

Display This Question:

If Haben Sie in den letzten vier Wochen darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen? = Ja

suicidal1.2 Haben Sie sich in den letzten vier Wochen einen Plan überlegt, wie Sie Ihr Leben beenden wollen?

- Nein (1)
- Ja (2)

Display This Question:

If Haben Sie sich in den letzten vier Wochen einen Plan überlegt, wie Sie Ihr Leben beenden wollen? = Nein

not suicidal 1.2

Weil Sie die Frage mit "nein" beantwortet haben, würde ich gerne mit dem Interview fortführen. Aber nur, wenn Sie sich noch gut genug fühlen, um weitere Fragen zu beantworten. Wir können

ansonsten auch eine kurze Pause machen, bevor wir weitermachen. Vielleicht möchten Sie erst einen Schluck Wasser trinken.

Display This Question:

If Haben Sie sich in den letzten vier Wochen einen Plan überlegt, wie Sie Ihr Leben beenden wollen? = Ja

suicidal 1.3 Wie sieht dieser Plan aus?

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Displayed

suicidaltext 1.3 Vielen Dank für Ihre Offenheit und Ehrlichkeit. Es ist wahrscheinlich nicht leicht, dies mit mir zu teilen und darüber zu sprechen. Ihre Antworten deuten darauf hin, dass Sie möglicherweise professionelle Hilfe z.B. von einem oder einer Psycholog*in/Ärzt*in benötigen.

Display This Question:

If Vielen Dank für Ihre Offenheit und Ehrlichkeit. Es ist wahrscheinlich nicht leicht, dies mit mir... Is Displayed

suicidal1.4 Erhalten Sie derzeit Hilfe von einer Psycholog*in oder Ärzt*in in Bezug auf diese Gedanken oder Pläne?

- Nein (1)
- Ja (2)

Display This Question:

*If Erhalten Sie derzeit Hilfe von einer Psycholog*in oder Ärzt*in in Bezug auf diese Gedanken oder P... =
Nein*

*Or Erhalten Sie derzeit Hilfe von einer Psycholog*in oder Ärzt*in in Bezug auf diese Gedanken oder P... = Ja*

suicidaltext 1.4 Ich würde gerne einige (weitere) Optionen mit Ihnen besprechen, wie und wo Sie Unterstützung erhalten könnten. Ist das in Ordnung?

Zuallererst könnten Sie mit Familienmitgliedern oder Freunden sprechen, bei denen Sie sich wohl fühlen und die Sie Ihrer Meinung nach unterstützen könnten.

Zweitens rate ich Ihnen, sich an Ihre*n Hausarzt*in zu wenden, der Sie an eine*n Spezialist*in überweisen kann.

Display This Question:

*If Ich würde gerne einige (weitere) Optionen mit Ihnen besprechen, wie und wo Sie Unterstützung erha... Is
Displayed*

suicidal 1.5 Haben Sie eine*n Hausarzt*in?

Nein (1)

Ja (2)

Display This Question:

*If Haben Sie eine*n Hausarzt*in? = Ja*

suicidaltext 1.5 Haben Sie die Kontaktdaten Ihrer/Ihres Hausärztin/Hausarztes zur Hand? Es ist hilfreich sich die Kontaktdaten zu notieren und sie in Reichweite aufzubewahren (z. B. in Ihrer Brieftasche, am Kühlschrank oder im Handy), falls Sie es in naher Zukunft benötigen. Außerdem gibt es eine kostenlose Hotline, die Sie rund um die Uhr anrufen können, wenn Sie mit jemandem sprechen möchten. Dies können Sie auch anonym tun. Die entsprechende Telefonnummer gebe ich Ihnen jetzt.

Auf der Website finden Sie auch die Möglichkeit für einen Online-Chat. Ich möchte gerne, dass Sie dies aufschreiben, damit Sie es im Notfall bei sich haben.

Display This Question:

*If Haben Sie eine*n Hausarzt*in? = Ja*

Table1

Anlaufstellen, um Hilfe zu bekommen:

Deutschland

Telefonnummer: 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222

Chat & Website: www.telefonseelsorge.de

Österreich

Telefonnummer: 142

Chat & Website: www.telefonseelsorge.at

Schweiz

Telefonnummer: 143

Chat & Website: www.143.ch

Luxemburg

Telefonnummer: 45 45 45

Chat & Website: www.454545.lu/de/

täglich von 11.00 bis 23.00 Uhr Fr/Sa nachts bis 3.00 Uhr, sonst 112 anrufen

Niederlande

Telefonnummer: 113

Chat & Website: www.113.nl

Display This Question:

*If Haben Sie eine*n Hausarzt*in? = Nein*

suicidaltext 1.5.1 Es gibt eine kostenlose Hotline, die Sie rund um die Uhr anrufen können, wenn Sie mit jemandem sprechen möchten. Dies können Sie auch anonym tun Die Telefonnummer können Sie auf der nächsten Seite sehen (siehe Tabelle für jeweiliges Land).

Display This Question:

*If Haben Sie eine*n Hausarzt*in? = Nein*

table1.2 Anlaufstellen, um Hilfe zu bekommen:

Deutschland

Telefonnummer: 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222

Chat & Website: www.telefonseelsorge.de

Österreich

Telefonnummer: 142

Chat & Website: www.telefonseelsorge.at

Schweiz

Telefonnummer: 143

Chat & Website: www.143.ch

Luxemburg

Telefonnummer: 45 45 45

Chat & Website: www.454545.lu/de/

täglich von 11.00 bis 23.00 Uhr Fr/Sa nachts bis 3.00 Uhr, sonst 112 anrufen

Niederlande

Telefonnummer: 113

Chat & Website: www.113.nl

Display This Question:

If Haben Sie die Kontaktdaten Ihrer/Ihres Hausarztin/Hausarztes zur Hand? Es ist hilfreich sich die... Is Displayed

Or Or Es gibt eine kostenlose Hotline, die Sie rund um die Uhr anrufen können, wenn Sie mit jemandem sp... Is Displayed

suicidal 1.6 Könnten Sie mir bitte sagen, was Sie nun vorhaben, nachdem wir diesen Anruf beendet haben?

- Ich habe heute noch etwas vor, und bin nicht alleine. (1)
- Ich habe heute nichts mehr vor, bin aber nicht alleine (2)
- Ich bin heute alleine. (3)

Display This Question:

If Könnten Sie mir bitte sagen, was Sie nun vorhaben, nachdem wir diesen Anruf beendet haben? = Ich habe heute noch etwas vor, und bin nicht alleine.

Or Könnten Sie mir bitte sagen, was Sie nun vorhaben, nachdem wir diesen Anruf beendet haben? = Ich habe heute nichts mehr vor, bin aber nicht alleine

suicidaltext 1.6.1 Okay, nun weiß ich, dass jemand bei Ihnen ist / oder dass Sie heute Pläne haben und nicht alleine sein werden. Dann würde ich unser Gespräch an dieser Stelle beenden, wenn es Ihnen auch Recht ist. Haben Sie noch Fragen?

Nochmals vielen Dank. Ich wünsche Ihnen viel Kraft und alles Gute.

Display This Question:

If Könnten Sie mir bitte sagen, was Sie nun vorhaben, nachdem wir diesen Anruf beendet haben? = Ich bin heute alleine.

suicidaltext 1.6.2 Aufgrund dessen, was Sie mir gerade gesagt haben, mache ich mir Sorgen um Ihre Sicherheit. Bevor ich dieses Gespräch mit Ihnen beende, möchte ich sicherstellen, dass wir gemeinsam einen Plan erstellen, was Sie jetzt vorhaben und wie Sie mit eventuellen Gefühlen oder Gedanken umgehen können. Können Sie mir an dieser Stellen versprechen, dass Sie sich mit Ihrer/Ihrem Hausarzt*in in Verbindung setzen oder [Telefonnummer einfügen] anrufen, sobald wir aufgelegt haben?

Display This Question:

If Aufgrund dessen, was Sie mir gerade gesagt haben, mache ich mir Sorgen um Ihre Sicherheit. Bevor... Is Displayed

suicidaltext 1.6.2.2 Okay, nun bin ich etwas beruhigter weil ich weiß ich, dass Sie sich an eine Fachperson wenden werden sobald wir auflegen. Dann würde ich unser Gespräch an dieser Stelle

beenden, wenn es Ihnen auch Recht ist. Haben Sie noch Fragen?
Nochmals vielen Dank. Ich wünsche Ihnen viel Kraft und alles Gute.

End of Block: Block 8

Start of Block: Block 3

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

intro TGI-CA1

Anleitung für Interviewer: Ersetzen Sie [_____] durch den Namen des/der Verstorbenen oder die Beziehung zum/zur Verstorbenen, zum Beispiel "... der Tod von Jan" ODER "... der Tod Ihres Sohnes"

Ich werde Ihnen Fragen zu verschiedenen Trauerreaktionen stellen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie diese in den letzten 2 Wochen nach dem Tod von [_____] erfahren haben.

Sie können aus den folgenden Antworten wählen: „1 ist nie, 2 ist selten, 3 ist manchmal, 4 ist oft und 5 ist immer.“

*Anleitung für Interviewer: Wenn der/die Teilnehmer*in mehrere Verluste erlebt hat, bitten Sie den/die Teilnehmer*in, die Fragen unter Berücksichtigung des Verlustes zu beantworten, der ihn/sie noch am meisten beschäftigt oder der als der belastendste empfunden wird.*

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

TGI-CA_1 Sie können aus den folgenden Antworten wählen: 1 ist nie, 2 ist selten, 3 ist manchmal, 4 ist oft und 5 ist immer.

	1. Nie (1)	2. Selten (2)	3. Manchmal (3)	4. Oft (4)	5. Immer (5)
1. Kamen Ihnen in den letzten 2 Wochen unerwartet Gedanken oder Bilder in den Sinn bezüglich des Todes von ... ? (TGI-CA_1_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen intensive Gefühle von emotionalem Schmerz, Traurigkeit oder Momente, in denen Sie von Ihrer Trauer überwältigt wurden? (TGI-CA_1_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Sehnsucht oder ein starkes Verlangen nach ... gespürt? (TGI-CA_1_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Waren Sie in den letzten 2 Wochen ratlos über Ihre Rolle im Leben oder haben Sie ein vermindertes Selbstbewusstsein verspürt? (TGI-CA_1_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fiel es Ihnen in den letzten 2 Wochen schwer, den Tod von ... zu akzeptieren? (TGI-CA_1_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Orte, Gegenstände oder Gedanken gemieden, die Sie daran erinnern, dass... tot ist? (TGI-CA_1_6)

7. Fiel es Ihnen in den letzten 2 Wochen schwer, Menschen zu vertrauen? (TGI-CA_1_7)

8. Waren Sie in den letzten 2 Wochen verbittert oder wütend über den Verlust von ...? (TGI-CA_1_8)

9. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Probleme, Ihr Leben fortzusetzen (zum Beispiel neue Freunde zu finden, neue Interessen zu entwickeln)? (TGI-CA_1_9)

10. Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen wie betäubt gefühlt? (TGI-CA_1_10)

11. Kam es Ihnen in den letzten 2 Wochen so vor, als ob das Leben ohne ... leer und bedeutungslos ist? (TGI-CA_1_11)

12. Waren Sie in den letzten 2 Wochen fassungslos oder schockiert über den Verlust von ...? (TGI-CA_1_12)

13. Haben Sie in den letzten 2 Wochen bemerkt, dass sich Ihre Funktionsfähigkeit (beruflich, privat und / oder in Ihrem sozialen Umfeld) infolge des Todes von ... ernsthaft verschlechtert hat? (TGI-CA_1_13)

14. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen unerwartet Gedanken oder Bilder in Bezug auf die Umstände, unter denen ... gestorben ist? (TGI-CA_1_14)

15. Fiel es Ihnen in den letzten 2 Wochen schwer, sich an schöne Momente mit ... zu erinnern? (TGI-CA_1_15)

16. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen negative Gedanken über sich im Zusammenhang mit dem Tod von ... (zum Beispiel Selbstvorwürfe)? (TGI-CA_1_16)

17. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen den Wunsch, selbst zu sterben, um mit ... zusammen sein zu können? (TGI-CA_1_17)

18. Fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen einsam oder von anderen Menschen entfremdet? (TGI-CA_1_18)

19. Fühlte es sich in den letzten 2 Wochen unwirklich für Sie an, dass ... tot ist? (TGI-CA_1_19)

20. Haben Sie in den letzten 2 Wochen anderen Menschen heftige Vorwürfe für den Tod von ... gemacht? (TGI-CA_1_20)

21. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen das Gefühl, dass ein Teil von Ihnen mit ... gestorben ist? (TGI-CA_1_21)

22. Fiel es Ihnen in den letzten 2 Wochen schwer, positive Gefühle zu empfinden? (TGI-CA_1_22)

Display This Question:

If Anleitung für Interviewer: Ersetzen Sie [____] durch den Namen des/der Verstorbenen oder die Bez... Is Displayed

Outro TGI-CA1 Vielen Dank für Ihre Antworten. Wir sind nun bereits bei der Hälfte des Interviews angekommen.

End of Block: Block 3

Start of Block: Block 4

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

PCL-5_1

Nun folgen Fragen bezüglich Probleme, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie in den letzten 2 Wochen infolge des Todes von [___] darunter gelitten haben.

1 ist überhaupt nicht, 2 ist ein wenig, 3 ist ziemlich, 4 ist stark, und 5 ist extrem stark.

In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch...

	1. Überhaupt nicht (1)	2. Ein wenig (2)	3. Ziemlich (3)	4. Stark (4)	5. Extrem stark (5)
1. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an den Tod von ...? (PCL-5_1_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch wiederholte, beunruhigende Träume über den Tod von ...? (PCL-5_1_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob der Tod von ... tatsächlich wieder stattfinden würde (als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wieder erleben würden)? (PCL-5_1_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an den Tod von ... erinnert hat? (PCL-5_1_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an den Tod von ... erinnert hat (z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen)? (PCL-5_1_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf dein Tod von ... ? (PCL-5_1_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an den Tod von ... (z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)? (PCL-5_1_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des Todes von ... zu erinnern? (PCL-5_1_8)

9. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder der Welt (z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht; mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht; man kann niemandem vertrauen; die Welt ist absolut gefährlich)? (PCL-5_1_9)

10. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf den Tod von ... oder was danach passiert ist? (PCL-5_1_10)

11. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham? (PCL-5_1_11)

12. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben? (PCL-5_1_12)

13. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen? (PCL-5_1_13)

14. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)? (PCL-5_1_14)

15. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten? (PCL-5_1_15)

16. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten? (PCL-5_1_16)

17. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch in erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein? (PCL-5_1_17)

18. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch sich nervös oder schreckhaft fühlen? (PCL-5_1_18)

19. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Konzentrationsschwierigkeiten? (PCL-5_1_19)

20. In den letzten 2 Wochen, wie sehr waren Sie belastet durch Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? (PCL-5_1_20)

End of Block: Block 4

Start of Block: Block 5

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

WSAS_1 Bitte geben Sie an, inwieweit der Tod Ihrer/Ihres Angehörigen Sie im Allgemeinen an den folgenden Aktivitäten gehindert hat.

Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 1 bis 9 an: 1 ist überhaupt nicht 9 ist sehr stark.

	1. Überhaupt nicht (1)	2. (2)	3. (3)	4. (4)	5. (5)	6. (6)	7. (7)	8. (8)	9. Sehr stark (9)
1. Arbeit (Arbeit, Studium, Freiwilligenarbeit) Falls Teilnehmer keines der 3 angibt dann hier "nicht zutreffend" einfüllen: (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haushalt (putzen, aufräumen, einkaufen, kochen, sich um Wohnung oder Kinder kümmern, Rechnungen bezahlen etc.) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Soziale Freizeitaktivitäten (mit anderen Menschen, z.B. Feiern, Kneipen oder Diskos besuchen, Ausflüge, Besuche, Dates, Besuch empfangen etc.) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Private Freizeitaktivitäten (alleine ausgeführt, z.B. lesen, Gartenarbeit, nähen, alleine spazieren gehen etc.) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Enge Beziehungen zu anderen (einschließlich zu denjenigen mit denen Sie zusammenleben) einzugehen und aufrechtzuerhalten (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Block 5

Start of Block: GCQ

Display This Question:

*If Haben Sie jemals eine Diagnose für eine psychotische Störung von einer/einem Psycholog*in, Therap... =
Nein*

And And Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed



GCQ

Im Folgenden finden Sie eine Reihe negativer Überzeugungen. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder dieser Überzeugungen zustimmen. Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 0 bis 5 an:

0 ist "ich stimme überhaupt nicht zu"

5 ist "ich stimme vollkommen zu."

	0. Stimme überhaupt nicht zu (0)	1. (1)	2. (2)	3 (3)	4. (4)	5. Stimme vollkommen zu (5)
Seit ... tot ist, denke ich, dass ich wertlos bin. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich meinen Gefühlen freien Lauf lasse, werde ich verrückt. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe keine Zuversicht in die Zukunft. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Leben ist nutzlos seit seinem/ihrer Tod. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seitdem ... gestorben ist, denke ich negativ von mir selbst. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Leben hat keinen Sinn mehr, seit ... gestorben ist. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit ... nicht mehr da ist, habe ich eine negative Perspektive auf die Zukunft. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich meine Gefühle aufkommen lasse, werde ich die Kontrolle verlieren. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: GCQ

Start of Block: LOTR

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

*And Haben Sie jemals eine Diagnose für eine psychotische Störung von einer/einem Psycholog*in, Therap...
= Nein*



LOTR

Jetzt folgen die letzten Fragen des Interviews. Bitte beantworten Sie diese möglich ehrlich und genau. Die Antwort auf eine Frage sollte nicht von Ihren vorherigen Antworten beeinflusst werden. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte antworten Sie anhand Ihrer eigenen Gefühle und nicht anhand dessen, was "die "meisten Menschen wählen" würden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person und geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen, indem Sie die folgenden Antwortmöglichkeiten nutzen:

0= Trifft überhaupt nicht zu

1= Trifft kaum zu

2= Teils/teils

3= Trifft etwas zu

4= Trifft ausgesprochen zu.

	0. Trifft überhaupt nicht zu (0)	1. Trifft kaum zu (1)	2. Teils/teils (2)	3. Trifft etwas zu (3)	4. Trifft ausgesprochen zu (4)
1. Erwarten Sie normalerweise auch in ungewissen Zeiten das Beste? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wenn bei Ihnen etwas schief laufen kann, tut es das dann auch? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sehen Sie Ihre Zukunft (immer) optimistisch? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Finden Sie dass sich die Dinge fast nie nach Ihren Vorstellungen entwickeln? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zählen Sie selten darauf, dass Ihnen etwas Gutes widerfährt? (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Erwarten Sie dass Ihnen alles in allem mehr gute als schlechte Dinge widerfahren? (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: LOTR

Start of Block: Block 6

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

Longitudinal1 Wir sind daran interessiert, wie sich Menschen über einen längeren Zeitraum an den Verlust eines geliebten Menschen anpassen. Dürfen wir Sie in Zukunft erneut kontaktieren, bezüglich der Teilnahme an Studien zum Thema Trauer? Zukünftige Studien können zum Beispiel aus dem Ausfüllen eines kurzen Online Fragebogens bestehen.

Nein (1)

Ja (2)

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

Newsletter1 Möchten Sie durch einen Newsletter über die Ergebnisse dieser Studie auf dem Laufenden gehalten werden?

Nein (1)

Ja (2)

Display This Question:

If If Wie sieht dieser Plan aus? Text Response Is Not Displayed

And And Sie geben an, dass Sie eine Diagnose für eine psychotische Störung erhalten haben. Da das Intervi... Is Displayed

Outro Sie haben jetzt alle Fragen beantwortet.

Ich möchte mich sehr herzlich für Ihre Teilnahme bedanken.

Als nächstes können Sie die App runterladen. Es gibt ein Video was Ihnen zeigt wie Sie dies am besten tun. Das Video und weitere Informationen bekommen Sie per Email zugeschickt.

Nachdem Sie die App installiert und sich für die Studie registriert haben, erhalten Sie am nächsten Tag die ersten Fragen in der App. Wir bitten Sie 14 Tage lang die Fragen in der App zu beantworten. Nach Ablauf der App-Zeit führe ich ein weiteres Telefoninterview mit Ihnen. Ein Datum f für dieses

Gespräch möchte ich gerne vorab mit Ihnen vereinbaren.

*[Anleitung Interviewer: Planen Sie bereits einen Tag und eine Zeit für das zweite Interview ein. Dieses zweite Gespräch sollte möglichst bald nach Ablauf der App-periode geplant werden. Am besten innerhalb von 3 Tagen nach Ablauf der App-periode. Bitte beachten Sie, dass der App-Zeitraum am ersten Tag nach der Installation der App beginnt. Fragen Sie daher den/die Teilnehmer*in, wann er/sie beabsichtigt, die App zu installieren].*

Haben Sie in diesem Moment noch Fragen an mich?

Nochmals vielen Dank!

Tschüss, und alles Gute!

End of Block: Block 6

Contextual items

ENG (for overview purposes)	German	Answer options ENG	Answer options German
Where were you?	Wo sind Sie gewesen?	Home School Work none of the above	Zuhause Schule Arbeit Nichts des oben genannten
In the past 3 hours, what activity did you spend the most time on?	Mit welcher Aktivität haben Sie in den letzten 3 Stunden die meiste Zeit verbracht?	1) Resting / Sleeping 2) Working / Studying / Volunteering 3) Household chores (for example shopping, cooking, cleaning) 4) Sports (e.g. running, walking, cycling, team sports, yoga) 5) Hobbies/Recreation (e.g. reading, gardening, drawing, playing an instrument for fun, recreation park, concert, dinner)	1) Ausruhen/ Schlafen 2) Arbeiten / Studieren / Freiwilligenarbeit 3) Hausarbeit (zum Beispiel einkaufen, kochen, putzen) 4) Sport (z.B. Laufen, Gehen, Radfahren, Mannschaftssport, Yoga) 5) Hobbys/Erholung (z.B. Lesen, Gärtnern, Zeichnen, ein Instrument spielen (zum Spaß), Konzert, Abendessen)

		6) Watch TV / computer (or smartphone) to use (e.g. web surfing , gaming, social media, Netflix) 7) Travel (e.g. train, drive, fly) 8) Spiritual (e.g. church attendance, meditation, prayer) 9) Something intimate (e.g. hugging, sex) 10) social contact (face-to-face, by phone or Skype) 11) Taking care of children, parents or others 12) Other (any behavior not in 1-11)	6) Fernsehen/ Computer (oder Smartphone) benutzen (z.B. im Internet surfen, Spiele spielen, soziale Medien, Netflix) 7) Reisen (z.B. Bahn, Auto, Fahrrad) 8) Spirituell (z.B. Kirchenbesuch, Meditation, Gebet) 9) Etwas Intimes (z.B. Umarmen, Sex) 10) sozialer Kontakt (Persönlich, per Telefon oder Skype) 11) Betreuung von Kindern, Eltern oder Anderen 12) Sonstiges (jede Aktivität nicht beschrieben in 1-11)
how did you like the activities?	Wie fanden Sie die Aktivität(en)?	Very unpleasant----- very pleasant	Sehr unangenehm --- --- sehr angenehm
Were you with other people?	Waren Sie mit anderen Leuten zusammen?	Yes, with one other person Yes, with multiple others No, I was alone	Ja, mit einer weiteren Person Ja, mit mehreren anderen Nein, ich war allein
What was your relationship with these people	In welcher Beziehung stehen sie zu dieser/diesen Person(en)?	relationship / partner / lover children father/ mother brother/ sister Friend in a non-romantic sense aquantance colleague/fellow student otherwise, namely:..	Beziehung / Partner*in / Liebhaber*in Kind(er) Vater/Mutter Bruder/Schwester Freund*im nicht-romantischen Sinne Bekanntschaft Kolleg*in/Student*in Anders, nämlich:..
how did you find the contact/ How would you evaluate the contact	Wie haben Sie den Kontakt erlebt?	Very unpleasant----- very pleasant	Sehr unangenehm --- --- sehr angenehm
Did an important event take place today (where		Yes/ no, (namley...)	

you experienced a lot of emotions)? Did a 'major' event take place today that had a big impact on you?			
---	--	--	--