



Het meten van de persisterende rouwstoornis: een systematisch literatuuroverzicht.

Measuring Prolonged Grief Disorder: A Systematic Literature Review

Sven A. Alting

Masterthese – Klinische psychologie

S5615166

Juni 2025

Vakgroep Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Thesebegeleider: M.C. Eisma

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

Samenvatting

Introductie: Persisterende rouwstoornis (PRS) is opgenomen in de ICD-11 (2018) en DSM-5-TR (2022). Beide classificaties hanteren eigen criteria, maar delen kernsymptomen zoals intens verlangen naar de overledene en langdurige emotionele pijn. De opname van PRS in de diagnostische handboeken leidde tot de behoefte aan nieuwe, gevalideerde meetinstrumenten voor diagnostiek en onderzoek, omdat oudere instrumenten niet volledig aansloten bij de nieuwe criteria.

Methoden: Er is een systematische literatuurstudie uitgevoerd op PsycINFO, PubMed en Web of Science. Engelstalige peer-reviewed artikelen vanaf 2018 werden geïncludeerd als zij de psychometrische eigenschappen van PRS-meetinstrumenten onderzochten.

Resultaten: Acht meetinstrumenten zijn geïdentificeerd: vijf zelfrapportagelijsten, één zorgverlenerlijst, één klinisch interview en één clinician-administered lijst. De TGI-SR+ is het meest onderzocht en best ondersteund. De meeste instrumenten toonden acceptabele tot uitstekende betrouwbaarheid. Validiteitsbewijzen waren wisselend en de beoordeling van validiteit werd bemoeilijkt door terminologische inconsistentie in de literatuur, waarbij convergente en concurrente validiteit niet altijd van elkaar worden onderscheiden. Tevens is geconstateerd dat factoranalyses niet op een uniforme wijze worden gerapporteerd.

Conclusie: Er zijn acht meetinstrumenten gevonden die PRS-symptomen volgens de huidige diagnostische criteria meten. De beschikbare meetinstrumenten vormen een waardevolle basis voor verder onderzoek en praktische toepassing. Verdere validatie is nodig om betere conclusies over de psychometrische eigenschappen van de instrumenten te trekken. Er is behoefte aan eenduidigere rapportage van validiteit en statistiek. Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen soorten validiteit. De rapportage en keuze betreffende fit indices vraagt om standaardisering. Sommige instrumenten zijn onvoldoende onderzocht.

Abstract

Introduction: Prolonged Grief Disorder (PGD) was recently included in the ICD-11 (2018) and DSM-5-TR (2022). Both classifications use distinct criteria but share core symptoms, such as intense yearning for the deceased and persistent emotional pain. This inclusion created a need for new validated instruments, as previous tools did not fully align with the current criteria.

Methods: A systematic literature review was conducted on March 21, 2025, in the PsycINFO, PubMed, and Web of Science databases. Peer-reviewed, English-language articles published since 2018 were included if they assessed the psychometric properties of PGD instruments.

Results: Eight instruments were identified: five self-report questionnaires, one caregiver-report measure, one structured clinical interview, and one clinician-administered version. The TGI-SR+ was the most extensively validated. Most instruments showed acceptable to excellent reliability. However, evidence for validity varied, with inconsistent terminology regarding convergent and concurrent validity across studies. Reporting of factor analyses also lacked uniformity, making comparison and interpretation difficult.

conclusion: Eight instruments currently assess PGD symptoms according to DSM-5-TR and ICD-11 criteria. These tools offer a valuable foundation for research and clinical use, but further validation, particularly regarding test-retest reliability and factor structure, is necessary to strengthen the evidence base for their application. Greater consistency is needed in reporting psychometric findings. Clear distinctions between types of validity should be made, and standardized fit indices should be used in structural analyses. Some instruments are still under-researched and require further evaluation.

Introductie

Na het verlies van een dierbare is het normaal om een periode van ontregeling en rouw te ervaren. Vaak zal de rouw na verloop van tijd minder worden en past de persoon zich aan naar de nieuwe realiteit. Als iemand langer dan gebruikelijk last heeft van rouwklachten die het dagelijks functioneren verstoren, kan sprake zijn van een persisterende rouwstoornis (PRS). Hoewel een substantiële minderheid van de bevolking aan deze stoornis lijdt, maakt het versturende karakter ervan behandeling noodzakelijk (Boelen et al., 2020).

Onderzoek naar gezonde- en pathologische rouw wordt al geruime tijd uitgevoerd. Freud probeerde in zijn *Trauer und Melancholie* uit 1917 al dit onderscheid te maken, waarbij pathologische rouw gekenmerkt werd door identificatie met de overledene leidende tot melancholie (Bradburry, 2001). Pathologische rouw werd voor het eerst officieel erkend als klinisch fenomeen in de *International Classification of Diseases 10* (ICD-11; World Health Organization, 1992). De *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) erkende pathologische rouw in 2013 als onderzoeksgebied nader onderzoek vereiste. Hier werd een voorstel gedaan voor criteria die onder Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) zouden vallen. In 2018 introduceerde de ICD-11 (World Health Organization, 2022) de diagnose persisterende rouwstoornis (PRS). Deze werd in 2022 ook opgenomen in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Text Revision* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). Hoewel beide classificatiehandboeken andere criteria hanteren, zijn enkele gemeenschappelijke kernsymptomen, zoals intens verlangen naar en preoccupatie met de overledene, en emotionele pijn in verband met het verlies. Deze symptomen duren voor meer dan zes maanden (ICD-11) of twaalf maanden (DSM-5-TR) en moeten afwijken van culturele normen omtrent rouw. Een volledig symptoomoverzicht van beide handboeken kan gevonden worden in tabel 1 in de bijlagen.

Het onderzoek naar pathologische rouw is echter niet lineair (Eisma, 2023). De literatuur over (verstoorde) rouw en de daarvoor ontwikkelde meetinstrumenten niet altijd op elkaar zijn voortgebouwd. Rouwstoornissen hebben over de jaren verschillende diagnostische criteria toegekend gekregen. (Eisma et al., 2022). Eerder onderzoek is door het verschil in de diagnostische criteria niet altijd generaliseerbaar op nieuwe criteria, wat maakt dat voor iedere stoornis een nieuw meetinstrument ontwikkeld moest worden. Binnen dit onderzoek wordt de term meetinstrumenten gebruikt, dit omvat (zelfrapportage) vragenlijsten en klinische interviews. De vragenlijsten hebben als doel om psychologische aandoeningen of verhoogde risico's hierop te detecteren. Deze lijsten helpen zorgverleners bij het nemen van beslissingen over vervolgonderzoek of behandelopties (Marteau, 1994). Klinische interviews tekenen veelal het begin van een behandeling en dienen als een middel voor zowel klinische assessment als therapeutische ondersteuning. Het doel van het interview is om informatie te verzamelen en een behandelplan te formuleren (Sommers-Flanagan, 2016).

Bij de invoering van PRS in de ICD-11 en DSM-5-TR zijn nieuwe criteria opgesteld. Dit betekent dat de meetinstrumenten die eerdere varianten van pathologische rouw maten, zoals de *Traumatic Grief Inventory-Self Report* (Boelen & Smid, 2017), de *Persistent Complex Bereavement Inventory* (Lee, 2015) en de *Inventory of Complicated Grief* (Prigerson et al., 1995), niet volledig de huidige criteria voor PRS meten (Eisma, 2023). Er was behoefte aan nieuwe vragenlijsten om te screenen op PRS symptomen. Ook zijn klinische interviews nodig om diagnose te ondersteunen (Yildirim et al., 2023), omdat enkel zelfrapportage vragenlijsten de prevalentie kunnen overschatten (Lim et al., 2018; Shevlin et al., 2024).

Recent zijn meerdere meetinstrumenten ontwikkeld om symptomen van PRS te meten. Een voorbeeld hiervan is de *Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus* (TGI-SR+), een screeningsvragenlijst die zowel PRS_{ICD-11} PRS_{DSM-5-TR} meet (Lenferink et al., 2022). Een ander voorbeeld is de *International Prolonged Grief Disorder Scale* (IPGDS), welke PRS_{ICD-}

11 symptomen meet. Naast deze vragenlijsten zijn klinische interviews ontwikkeld om PRS vast te stellen. *De Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder* (SCIP) is gericht op de DSM-5-TR criteria (Prigerson et al., 2023) en de *International Interview for Prolonged Grief Disorder* (I-PGD-11) richt zich op de ICD-11 criteria (Rueger et al., 2024). Bij het zoeken naar meetinstrumenten voor het meten van PRS komen echter ook verouderde en daarmee onbruikbare meetinstrumenten naar boven. Aangezien PRS overeenkomsten vertoont met, maar niet gelijk is aan, depressie en posttraumatische stressstoornis (Stroebe et al., 2024), is het essentieel dat een zorgvuldige differentiële diagnose wordt gesteld om ook de juiste interventie aan te kunnen bieden.

Een overzicht van valide en betrouwbare meetinstrumenten voor PRS helpt klinici om de meest betrouwbare en valide instrumenten te selecteren voor deze diagnostiek (Stroebe et al., 2024). Het gebruik van up-to-date meetinstrumenten verbetert de kwaliteit van psychodiagnostische screening, wat leidt tot nauwkeurigere diagnoses. Verder wordt zo voorkomen dat verouderde meetinstrumenten worden gebruikt. Dit is van klinisch belang, omdat instrumentselectie de basis vormt voor screening, diagnostiek en passende interventies. Het doel van deze systematische literatuurstudie is het inventariseren van betrouwbare en valide meetinstrumenten die PRS_{ICD-11} PRS_{DSM-5-TR} meten. De psychometrische eigenschappen van deze meetinstrumenten worden beoordeeld op basis van de *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association et al., 2014). Deze uitkomsten leiden tot een overzicht van bruikbare meetinstrumenten, wat het eenvoudiger maakt om in te zien welke meetinstrumenten bruikbaar zijn voor het meten van PRS symptomen

Methoden

Zoekstrategie en Studieselectie

Op 21 maart 2025 is er literatuur met behulp van de volgende databases verzameld: PsycINFO, PubMed, Web of Science. Om de nodige literatuur te vergaren is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen binnen de samenvatting, titel of sleutelwoorden: “Prolonged grief disorder” AND (measure* OR questionnaire OR instrument OR assess* OR interview OR scale OR inventory) AND (validity OR psychometric). Er zijn enkel bronnen van na 2017 geïnccludeerd, omdat PRS in 2018 voor het eerst in de ICD-11 verscheen.

Dubbele bronnen werden verwijderd met behulp van het softwareprogramma Covidence. De overgebleven titels en samenvattingen werden onafhankelijk gescreend door twee onafhankelijke onderzoekers. Bij verschillen in selectie is overeenstemming bereikt na discussie tussen de onderzoekers. Bij het niet bereiken van consensus is een derde onafhankelijke onderzoeker geraadpleegd. Na exclusie van ongeschikte bronnen op basis van samenvatting en titel hebben beide onderzoekers de volledige tekst van de resterende bronnen bestudeerd. Bij discrepanties in de keuzes over inclusie van bronnen tussen de beide onderzoekers is er middels overleg overeenstemming bereikt. Indien geen consensus kon worden bereikt, is wederom een derde onafhankelijke onderzoeker geraadpleegd.

Inclusie- en Exclusiecriteria

Artikelen werden geïnccludeerd als deze (1) Engelstalige peer-reviewed artikelen waren, omdat de meeste vakliteratuur in het Engels gepubliceerd wordt en middels peer-review de wetenschappelijke kwaliteit gewaarborgd wordt. (2) Meetinstrumenten voor persisterende rouwstoornis volgens de ICD-11 en DSM-5-TR werden onderzocht. De ICD-11 en DSM-5-TR zijn wereldwijd de meest gebruikte en meest recente diagnostische handboeken. (3) In een steekproef van nabestaanden van een overlijden. Er is enkel gekeken naar nabestaanden die het overlijden van een persoon hebben ervaren (en bijvoorbeeld niet een vermissing of overlijden van een huisdier), omdat zowel de ICD-11 als de DSM-5-TR in

de criteria verwijzen naar het overlijden van een persoon. (4) Als er gerapporteerd werd over de betrouwbaarheid en validiteit van meetinstrumenten. Deze rapportage is nodig om de psychometrische kwaliteit van de meetinstrumenten voor PGD te beoordelen. Artikelen werden geëxcludeerd als deze (1) niet Engelstalige of niet peer-reviewed artikelen waren (bijv. dissertaties), (2) meetinstrumenten werden besproken die andere constructen hebben gemeten dan persisterende rouwsymptomen volgens de ICD-11 en DSM-5-TR, (3) wanneer niet het volledige meetinstrument werd onderzocht en (4) artikelen voor 2018 waren gepubliceerd.

Dataextractie

Dataextractie is uitgevoerd door twee onafhankelijk onderzoekers. In geval van discrepantie in geëxtraheerde informatie vanuit de artikelen tussen beide onderzoekers werd door middel van discussie consensus bereikt. Wanneer dit nodig was, is de derde onafhankelijke onderzoeker geraadpleegd. De geëxtraheerde data omvatten Steekproefgegevens (aantal deelnemers, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, tijd sinds verlies, oorzaken verlies, relatie met de overledene), steekproefselectie, het soort meetinstrument (bijvoorbeeld zelf rapportage/gestructureerd interview, etc.), aantal items, antwoordschalen (bijvoorbeeld 5-punt Likertschaal), bewijs voor betrouwbaarheid, bewijs voor validiteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid in verschillende talen. In het overzicht is ook aangegeven of de meetinstrumenten persisterende rouwsymptomen van de ICD-11 en DSM-5-TR meten of allebei. Bij het onderzoeken van de betrouwbaarheid en validiteit is gebruik gemaakt van de Standards for Educational and Psychological Testing (American Educational Research Association et al., 2014).

Tabel 2

Vormen van Bewijs Voor Betrouwbaarheid en Validiteit

Bewijs voor betrouwbaarheid	Bewijs voor validiteit
Bewijs gebaseerd op de betrouwbaarheidscoëfficiënt van klassieke testtheorie	Bewijs gebaseerd op de interne structuur
Bewijs gebaseerd op meer algemene notie van consistentie over meerdere afnames van de test	Bewijs voor known-groups validiteit
	Bewijs gebaseerd op relaties tot andere variabelen.

Bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op de betrouwbaarheidscoëfficiënt van de klassieke testtheorie betreft scores van twee equivalente vormen van de test, ervanuit gaande dat de testresultaten onafhankelijk van elkaar zijn. Deze vorm van bewijs wordt veelal uitgedrukt in Cronbach's alpha (α), McDonalds Omega (ω) en mean inter-item correlation (MIIC), intra-class correlatiecoëfficiënt (IIC). Respectievelijk worden hiervoor de cut-off scores voor acceptabele betrouwbaarheid gehanteerd: $\omega/\alpha > 0.70$, MIIC tussen 0.15-0.50, IIC ≥ 0.75 . Bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op de meer algemene notie van consistentie betreft consistentie van scores over replicaties van de test procedure, onafhankelijk van hoe deze consistentie is berekend of gerapporteerd. Deze vorm van bewijs wordt veelal uitgedrukt in de vorm van Pearson's r , waarbij een acceptabele cut-off score van ≥ 0.50 werd gehanteerd.

Bewijs voor validiteit werd onderverdeeld in drie categorieën. Op basis van de AERA-richtlijnen zou in eerste instantie gekeken moeten worden naar validiteit op basis van inhoud van de test, respons processen, interne structuur en relaties tot andere variabelen. Op basis van de data-extractie hebben de onderzoekers gevonden dat er geen rapportage was over bewijs gebaseerd op inhoud van de test of bewijs gebaseerd op respons processen. Om deze reden

zijn deze twee vormen van validiteit niet meegenomen in de data-extractie. Wel wordt known-groups validiteit bij elk validatieonderzoek benoemd en daarom in deze review geïnccludeerd. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende vormen van validiteit.

Bewijs voor validiteit gebaseerd op interne structuur betreft de relatie tussen de items en de testcomponenten met het construct dat ze beogen te meten. Binnen dit systematisch literatuuronderzoek werd validiteit gebaseerd op interne structuur geduid met een factoranalyse. In het geval van confirmatoriy factor analysis (CFA) werden de volgende fit indices gehanteerd: Tucker-Lewis index (TLI), Root mean square error of approximation (RMSEA), standardized root mean square residual (SRMR) en comparative fit index (CFI). Waarbij acceptable cut-off scores van $TLI > 0.9$, $RMSEA < 0.10$, $SRMR < 0.10$, $CFI > 0.9$ werden gehanteerd (Kline, 2023). In het geval van exploratory factor analysis (EFA) werd een verklaarde variantie van $\geq 50\%$ gehanteerd (Streiner, 1994).

Bewijs voor known-groups validiteit laat zien dat het instrument onderscheid kan maken tussen groepen waarvan op voorhand bekend is dat ze verschillen op het gemeten kenmerk. Binnen de rouw literatuur is bekend dat bijvoorbeeld vrouwen hoger scoren op rouwlijsten dan mannen en hoger opgeleiden lager scoren dan lager opgeleiden. Binnen het tijdsframe van deze review wat het niet mogelijk om alle statistische onderbouwing van known-groups validiteit te beoordelen en is gekozen om voor deze vorm van bewijs worden de oorspronkelijke conclusies van de auteurs overgenomen.

Bewijs voor validiteit gebaseerd op de relatie tot andere variabelen betreft onder andere bewijs voor convergente-, discriminante- en concurrente validiteit. Bewijs voor convergentie wordt verkregen door te kijken naar de relatie tussen de testcores en andere metingen die een vergelijkbaar construct meten (bijvoorbeeld mensen die hoog scoren op PRS zullen ook hoger scoren op depressie en post-traumatische stress). Bewijs voor discriminantie

wordt verkregen door de testcores te vergelijken met metingen die een ander construct meten (bijvoorbeeld mensen die hoog scoren op PRS, zullen lager scoren op optimisme of levensgeluk). Bewijs voor concurrentie wordt verkregen door de testcores te vergelijken met testcores van al bestaande, gevalideerde instrumenten die hetzelfde construct meten (bijvoorbeeld twee meetinstrumenten die PRS beogen te meten). Waarbij de correlatiecoëfficiënten als volgt geïnterpreteerd werden; Pearson's r : < 0.30 zwak, ≥ 0.30 , < 0.50 matig en ≥ 0.50 sterk.

Resultaten

Het uitgevoerde literatuuronderzoek resulteerde in 307 bronnen, waarvan 110 duplicaten zijn verwijderd. 197 bronnen zijn gescreend op titel en samenvatting, waarbij 36 overbleven voor screening op volledige tekst. 20 bronnen voldeden aan de inclusiecriteria. Deze bronnen beschrijven acht meetinstrumenten voor de persisterende rouwstoornis, waaronder vijf zelfrapportage vragenlijsten (TGI-SR+ van Lenferink et al., 2022; PG-13-R van Prigerson et al., 2021; IPGDS van Killikelly et al., 2020; IGQ van Hayland et al., 2024; A-PGDs van O'Connor et al., 2023), een clinician-administered vragenlijst (TGI-CA van Lenferink et al., 2023), een zorgverlener rapportage vragenlijst (IGQ-CG van Redican et al., 2024) en een klinisch interview (I-PGD-11 van Rueger et al., 2024). De PRISMA flowchart is te vinden in Figuur 1.

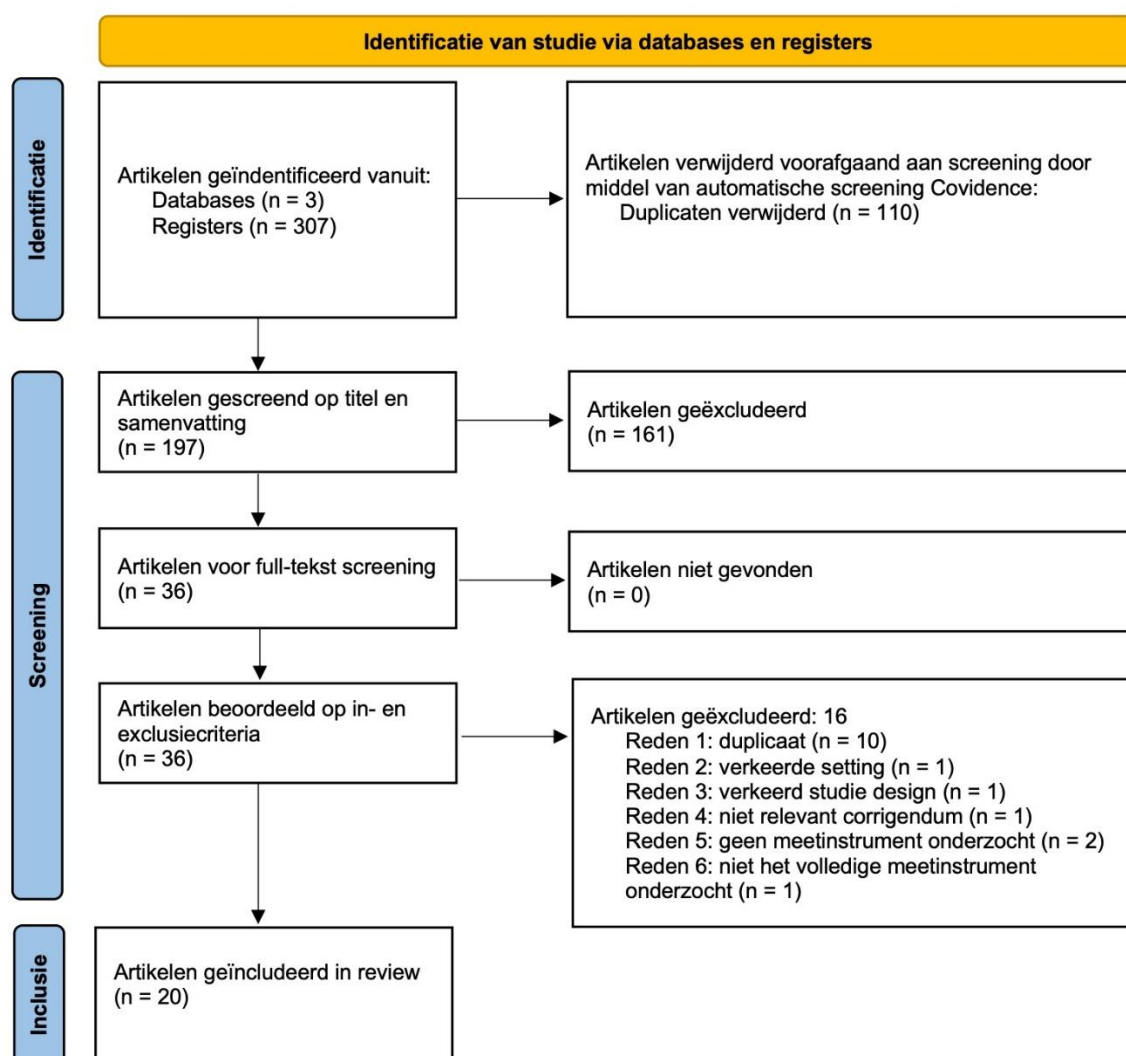
De gemiddelde steekproefgrootte was 437. De steekproeven bestonden gemiddeld uit 68% vrouwen en 52% hoger opgeleiden. Gemiddeld heeft 80% van de respondenten binnen de steekproeven een natuurlijk overlijden meegemaakt en in 65% van de gevallen betrof het een eerstegraads familielid of partner. De meeste instrumenten leverden bewijs voor acceptabele tot uitstekende betrouwbaarheid en hebben gemengd tot uitstekend valideitsbewijs.

Bij het beoordelen van de interne structuur is bepaald of de fit indices aan de cut-off waarden voldoen die in het methodenhoofdstuk genoemd worden. Als niet alle fit indices de minimale cut-off hebben bereikt wordt het oordeel ‘gemengd bewijs’ gegeven. Verder zijn de gegeven conclusies conservatief. Als drie van de vier indices uitstekend zijn, maar één is acceptabel, dan is het oordeel acceptabel gegeven.

Bij het vergelijken met andere variabelen betrof het variabelen die psychopathologie als depressie, angst, posttraumatische stress of somatische symptomen meten. Om deze reden is het bewijs gebaseerd op andere variabelen sterker naarmate de correlatie met deze variabelen sterker is.

Verder is gevonden dat binnen de literatuur de termen convergente en concurrente validiteit wisselend worden gebruikt. Depressie kan onder concurrente of convergente validiteit vallen, afhankelijk van welk onderzoek ingezien wordt. Na de dataselectie is geteld hoe vaak de termen convergent en concurrent gebruikt zijn, waaruit bleek dat convergent de vaakst gebruikte duiding is. Om de leesbaarheid te vergroten is binnen deze review voor gekozen om alle vergelijkingen met andere variabelen als convergente validiteit te duiden.

Eén studie, de PG-13-R (Prigerson et al., 2021), blijkt niet de psychometrische eigenschappen van deze lijst onderzocht te hebben, al wordt dit wel gesuggereerd. In deze studie werd gebruik gemaakt van datasets met oudere vragenlijsten die nog voor het ontwikkelen van de PG-13-R zijn verkregen. Hoewel Prigerson et al. (2021) wel in Tabel 5 in de bijlagen zijn opgenomen, is binnen deze review gekozen om de data uit Prigerson et al. (2021) als niet gerapporteerd te beschouwen. Alle informatie aangaande bewijs voor betrouwbaarheid en validiteit voor de geïdentificeerde instrumenten is in Tabel 3 en Tabel 4 weergegeven. Alle geëxtraheerde data is te vinden in Tabel 5.

Figuur 1*PRISMA Flowchart Studieselectie***Traumatic Grief Inventory – Self Report Plus (TGI-SR+)**

De TGI-SR+ is een 22-item zelfrapportagevragenlijst waarbij items op een 5-punt Likertschaal worden ingevuld. De TGI-SR+ meet zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR} symptomen. De vragenlijst is openbaar beschikbaar in achttien talen (<https://osf.io/rqn5k/files/osfstorage>) en gevalideerd in het Canadees-Frans, Frans, Spaans, Nederlands, Noors, Zweeds, Chinees en Duits. Binnen dit onderzoek is gekeken naar acht validatiestudies (Cherblanc et al., 2024; Fernandez-Alcantara et al., 2025; Kokou-Kpolou et

al., 2022; Lenferink et al., 2022; Lenferink et al., 2024a; Lenferink et al., 2024b; Tang et al., 2024; Trembl et al., 2024).

ICD-11

Binnen zeven onderzoeken is uitstekende betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie gevonden (Cherblanc et al., 2024; Fernandez-Alcantara et al., 2025; Kokou-Kpolou et al., 2022; Lenferink et al., 2022; Lenferink et al., 2024a; Tang et al., 2024; Trembl et al., 2024) en in één onderzoek was deze uitstekend (Lenferink et al., 2022). Eén onderzoek vond uitstekend bewijs voor de interne structuur (Kokou-Kpolou et al., 2022), vier onderzoeken vonden acceptabel bewijs (Fernandez-Alcantara et al., 2025; Lenferink et al., 2024a; Lenferink et al., 2024b; Tang et al., 2024) en drie onderzoeken vonden gemengde resultaten (Cherblanc et al., 2024; Lenferink et al., 2022; Trembl et al., 2024). Alle onderzoeken vonden bewijs voor known-groups validiteit. Bij het onderzoeken van convergente validiteit vonden zes studies sterke correlaties (Cherblanc et al., 2024; Fernandez-Alcantara et al., 2025; Lenferink et al., 2022; Lenferink et al., 2024a; Lenferink et al., 2024b; Tang et al., 2024) en twee studies middelgrote correlaties (Kokou-Kpolou et al., 2022; Trembl et al., 2024) met depressie, angst, posttraumatische stress subjectieve distress en persisterende rouw.

DSM-5-TR

Binnen zes onderzoeken is uitstekende betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie gevonden (Cherblanc et al., 2024; Fernandez-Alcantara et al., 2025; Kokou-Kpolou et al., 2022; Lenferink et al., 2022; Lenferink et al., 2024a; Trembl et al., 2024) en in één studie was dit acceptabel (Tang et al., 2024). Eén onderzoek vond een uitstekende test-hertest betrouwbaarheid (Lenferink et al., 2022). Vijf onderzoeken vonden acceptabel bewijs voor de interne structuur (Fernandez-Alcantara et al., 2025; Kokou-Kpolou et al., 2022;

Lenferink et al., 2024a; Lenferink et al., 2024b; Trembl et al., 2024) en drie onderzoeken vonden gemengde resultaten (Cherblanc et al., 2024; Lenferink et al., 2022; Tan et al., 2024). Alle onderzoeken vonden bewijs voor known-groups validiteit. Twee onderzoeken vonden een known-groups relatie betreffende leeftijd van de overledene. Zes onderzoeken vonden een relatie betreffende oorzaak van verlies en relatie met de overledene. Zeven onderzoeken vonden een relatie betreffende gender. Acht onderzoeken vonden een relatie betreffende tijd sinds verlies en opleidingsniveau. Bij het onderzoeken van convergente validiteit vonden zes studies sterke correlaties (Cherblanc et al., 2024; Fernandez-Alcantara et al., 2025; Lenferink et al., 2022; Lenferink et al., 2024a; Lenferink et al., 2024b; Tang et al., 2024) en twee studies matige correlaties (Kokou-Kpolou et al., 2022; Trembl et al., 2024) met psychopathologische kenmerken als depressie, angst, posttraumatische stress en rouw. Cherblanc et al. (2023) heeft naast psychiatrische stoornissen en depressie ook post-traumatic growth geïnccludeerd.

Traumatic Grief Inventory – Clinician Administered (TGI-CA)

De TGI-CA is een gestructureerd klinisch interview dat PRS_{ICD-11} en PRS_{DSM-5-TR} symptomen meet. De TGI-CA is openbaar beschikbaar in het Nederlands, Engels en Duits en gevalideerd in het Nederlands en Duits. Het instrument is nagenoeg identiek aan de TGI-SR+. Het verschil is dat de statements nu als vragen worden gesteld en dat de namen van de overledenen ingevuld worden bij het stellen van de vragen (Lenferink et al., 2023). De items worden door de beoordelaar gescoord. Binnen dit onderzoek is gekeken naar één validatiestudie (Lenferink et al., 2023).

ICD-11

Binnen de studie is acceptabele betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie gevonden en uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Bij de interne structuur zijn gemengde resultaten gevonden. Known-groups validiteit werd gevonden betreffende gender, tijd sinds

verlies, oorzaak van het verlies en de relatie met de overledene. Er zijn zwakke correlaties gevonden met depressie, posttraumatische stress en functionele beperking.

DSM-5-TR

Hier werd acceptabele betrouwbaarheid gevonden op basis van klassieke testtheorie en uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. De interne structuur liet gemengde resultaten zien. Known-groups validiteit werd gevonden betreffende gender, tijd sinds verlies, oorzaak van het verlies en de relatie met de overledene. Er zijn zwakke correlaties gevonden met depressie, posttraumatische stress en functionele beperking.

Prolonged Grief Disorder-13-Revised (PG-13-R)

De PG-13-R is een 13-item zelfrapportagevragenlijst dat PRS_{DSM-5-TR} meet. De PG-13-R is openbaar beschikbaar in 21 talen (https://endoflife.weill.cornell.edu/research/assessments_and_tools) en gevalideerd in het Perzisch en Koreaans. Binnen dit onderzoek is gekeken naar drie validatiestudies (Ashouri et al., 2024, Mirhosseini et al., 2024; Jo et al., 2024).

DSM-5-TR

Bij het beoordelen van de betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie vinden twee studies bewijs voor uitstekende betrouwbaarheid (Ashouri et al., 2024; Jo et al., 2024) en één studie vindt een acceptabele betrouwbaarheid (Mirhosseini et al., 2024). Eén studie vond uitstekend bewijs voor test-hertest betrouwbaarheid (Ashouri et al., 2024). Bij het onderzoeken van de interne structuur vindt één studie acceptabel bewijs (Ashouri et al., 2024) en twee studies vinden gemiddeld bewijs (Jo et al., 2024; Mirhosseini et al., 2024). Binnen één studie is bewijs gevonden voor known-groups validiteit betreffende opleidingsniveau, oorzaak van het verlies en de relatie met de overledene (Ashouri et al., 2024). Eén studie vond sterke correlaties betreffende depressie, posttraumatische stress en functionele beperking (Ashouri et

al., 2024). Zij vonden ook een matige correlatie tussen de PG-13-R en hoop. Eén studie vond een matige correlatie tussen de PG-13-R en depressie en angst en een sterke correlatie met posttraumatische stress. (Jo et al., 2024).

International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS)

De IPGDS is een dertien-item vragenlijst dat PRS_{ICD-11} symptomen meet. De lijst heeft een negentien-item cultureel supplement. De IPGDS is beschikbaar in twaalf talen (<https://www.traumameasuresglobal.com/ipgds>) en gevalideerd in het Turks, Perzisch, Grieks, Engels, Duits en Chinees. Binnen dit onderzoek zijn drie validiteitstudies opgenomen (Killikelly et al., 2020; Killikelly et al., 2023; Yousefi et al., 2025).

ICD-11

In twee onderzoeken werd uitstekende betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie gevonden (Killikelly et al., 2020; Killikelli et al., 2023). Eén onderzoek vond acceptabel bewijs (Yousefi et al., 2025). Test-hertest betrouwbaarheid werd in geen van de studies gerapporteerd. Twee onderzoeken vonden acceptabel bewijs voor interne structuur (Killikelly et al., 2020; Yousefi et al., 2025). Bewijs voor known-groups validiteit werd in alle studies gevonden. Gevonden zijn de relatie betreffende geslacht, opleidingsniveau, relatie met de overledene en oorzaak verlies (Yousefi et al., 2025), de relatie betreffende de leeftijd van de nabestaande en opleidingsniveau (Killikelly et al., 2020), maar betreffende opleidingsniveau verschilde dit tussen twee steekproeven. Killikelly et al. (2023) vonden een relatie betreffende de relatie met de overledene en de tijd sinds verlies. Twee studies vonden sterke correlaties met depressie, angst en een andere rouwmaat en matige correlaties met posttraumatische stress en somatische symptomen. (Killikelly et al., 2020; Killikelli et al., 2023) Eén studie vond een zwakke correlatie (Yousefi et al., 2025).

Inventory of Grief Questionnaire (IGQ)

De IGQ is een zeven-item vragenlijst dat PRS_{ICD-11} symptomen meet en beschikbaar is in het Engels en Oekraïens en is gevalideerd in het Engels. Binnen dit onderzoek is één validiteitstudie naar de IGQ opgenomen (Hyland et al., 2024).

ICD-11

Er werd acceptabele betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie gevonden. Test-hertest betrouwbaarheid werd niet gerapporteerd. Het gevonden bewijs voor interne structuur was uitstekend. Known-groups validiteit werd niet gerapporteerd. Er werden sterke correlaties gevonden met depressie, angst, posttraumatische stress en een andere rouwmaat.

Inventory of Grief Questionnaire – Care Giver (IGQ-CG)

De IGQ-CG is een zeven-item other-report vragenlijst dat PRS_{ICD-11} symptomen meet en is beschikbaar in het Engels (<https://www.traumameasuresglobal.com/igq>). Binnen dit onderzoek is één Oekraïense validiteitstudie naar de IGQ opgenomen (Redican et al., 2024). Hoewel de IGQ-CG voor deze studie is vertaald naar het Oekraïens, is het instrument niet openbaar in deze taal beschikbaar.

ICD-11

Het onderzoek heeft gemengd bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie en geen test-hertest betrouwbaarheid gerapporteerd. Het bewijs voor interne structuur was gemengd. Er is bewijs voor known-groups validiteit gevonden betreffende tijd sinds verlies, mate van contact met overledene en relatie tot de overledene. Er zijn zwakke correlaties gevonden met depressie, angst, internaliserende- en externaliserende problemen en aandachtsproblemen.

International Interview for Prolonged Grief Disorder (I-PGD-11)

De I-PGD-11 is een gestructureerd klinisch interview dat PRS_{ICD-11} symptomen meet en is niet openbaar beschikbaar. De vragenlijst heeft dertien 5-punt Likert items, een vraag naar wie de overledene is en twee vragen over cultuur-gerelateerde normatieve rouw. Binnen dit onderzoek is één validiteitsstudie in het Duits naar de I-PGD-11 opgenomen (Rueger et al., 2024).

ICD-11

Het onderzoek heeft acceptabel bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie gevonden. Er is geen test-hertest betrouwbaarheid gerapporteerd. Het gevonden bewijs voor interne structuur was onacceptabel. Er is bewijs voor known-groups validiteit gevonden betreffende geslacht, opleidingsniveau, relatie tot de overledene en oorzaak van het verlies. Er werden sterke correlaties gevonden met de rouwlijsten IPGDS en PG-13-R.

Aarhus Prolonged Grief Disorder Self-Report Scale (A-PGDs)

De A-PGDs is een zestien-item zelf-rapportage vragenlijst dat zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR} symptomen meet. Het instrument is openbaar beschikbaar in zeven talen (<https://psy.au.dk/en/research/research-centres-and-units/unit-for-bereavement-research/resources-to-professionals/rating-scales-and-interviews>) en gevalideerd in het Deens. Binnen dit onderzoek is één validatiestudie naar de A-PGDs opgenomen (O'Connor et al., 2023).

ICD-11

er is acceptabel bewijs voor betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie gevonden en uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Bij het onderzoeken van de interne structuur zijn gemengde resultaten gevonden. Known-groups validiteit werd niet gerapporteerd. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt

gerapporteerd maar correspondeert niet met de in het onderzoek getoonde tabel. Dit maakt dat de convergente validiteit binnen deze review beschreven wordt als ‘onjuist gerapporteerd’.

DSM-5-TR

Hier werd acceptabel bewijs voor betrouwbaarheid gevonden op basis van klassieke testtheorie en uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Het onderzoek naar de interne structuur vond acceptabel bewijs. Known-groups validiteit werd niet gerapporteerd. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt gerapporteerd maar correspondeert niet met de in het onderzoek getoonde tabel. Dit maakt dat de convergente validiteit onjuist is gerapporteerd.

Tabel 3*Gevalideerde meetinstrumenten volgens PRS_{ICD-11}.*

ICD-11	<i>Klassieke testtheorie betrouwbaarheid</i>	<i>Test-hertest betrouwbaarheid</i>	<i>Interne structuur</i>	<i>Known -groups</i>	<i>Andere variabelen</i>
	Uitstekend: ++ Acceptabel: + Gemengd: +/- Onacceptabel: - NG: niet gerapporteerd	Uitstekend: ++ Acceptabel: + Gemengd: +/- Onacceptabel: - NG: niet gerapporteerd	Uitstekend: ++ Acceptabel: + Gemengd: +/- Onacceptabel: - NG: niet gerapporteerd	Ja/nee	Sterk: + Matig: +/- Zwak: -
TGI-SR+					
<i>Cherblanc et al., 2024 (Canadees-Frans)</i>	++	NG	+/-	ja	+
<i>Fernandez-Alcantara et al., 2025 (Spaans)</i>	++	NG	+	ja	+
<i>Kokou-Kpolou et al., 2022 (Frans)</i>	++	NG	++	ja	+/-
<i>Lenferink et al., 2022 (Nederlands)</i>	++	++	+/-	ja	+
<i>Lenferink et al., 2024a (Noors)</i>	++	NG	+	ja	+
<i>Lenferink et al., 2024b (Zweeds)</i>	NG	NG	+	ja	+
<i>Tang et al., 2024 (Chinees)</i>	++	NG	+	ja	+
<i>Treml et al., 2024 (Duits)</i>	++	NG	+/-	ja	+/-
TGI-CA					
<i>Lenferink et al., 2023 (Nederlands & Duits)</i>	+	++	+/-	ja	+/-
IPGDS					

<i>Killikelly et al., 2023</i> (Turks, Perzisch, Grieks & Engels)	++	NG	NG	ja	+
<i>Killikelly et al., 2020</i> (Duits & Chinees)	++	NG	+	ja	+
<i>Yousefi et al., 2025</i> (Perzisch)	+	NG	+	ja	+/-
IGQ					
<i>Hyland et al., 2024</i> (Engels)	+	NG	++	NG	+
IGQ-CG					
<i>Redican et al., 2024</i> (Oekraïens)	+/-	NG	+/-	ja	-
I-PGD-11					
<i>Rueger et al., 2024</i> (Duits)	+	NG	-	ja	+
Aarhus PGDs					
<i>O'Connor et al., 2023</i> (Deens)	+	++	+/-	NG	Onjuist gerapporteerd

Tabel 4*Gevalideerde meetinstrumenten voor PRS_{DSM-5-TR}.*

DSM-5-TR	Klassieke testtheorie betrouwbaarheid	Test-hertest betrouwbaarheid Uitstekend: ++ Acceptabel: + Gemengd: +/- Onacceptabel: - NG: niet gerapporteerd	Interne structuur Uitstekend: ++ Acceptabel: + Gemengd: +/- Onacceptabel: - NG: niet gerapporteerd	Known-groups	Correlatie met andere variabelen Sterk: + Matig: +/- Zwak: -
TGI-SR+ <i>Cherblanc et al., 2024</i>	++	NG	+/-	ja	+

<i>(Canadees-Frans)</i>					
<i>Fernandez-Alcantara et al., 2025</i>	++	NG	+	ja	+
<i>(Spaans)</i>					
<i>Kokou-Kpolou et al., 2022</i>	++	NG	++	ja	+/-
<i>(Frans)</i>					
<i>Lenferink et al., 2022</i>	++	++	+/-	ja	+
<i>(Nederlands)</i>					
<i>Lenferink et al., 2024a</i>	++	NG	+	ja	+
<i>(Noors)</i>					
<i>Lenferink et al., 2024b</i>	NG	NG	+	ja	+
<i>(Zweeds)</i>					
<i>Tang et al., 2024</i>	+	NG	+/-	ja	+
<i>(Chi)</i>					
<i>Treml et al., 2024</i>	++	NG	+	ja	+/-
<i>(Duits)</i>					
TGI-CA					
<i>Lenferink et al., 2023</i>	+	++	+/-	ja	+/-
<i>(Nederlands & Duits)</i>					
PG-13-R					
<i>Ashouri et al., 2024</i>	++	++	+	ja	+
<i>(Perzisch)</i>					
<i>Jo et al., 2024</i>	++	NG	+/-	NG	+/-
<i>(Koreaans)</i>					
<i>Mirhosseini et al., 2024</i>	+	NG	+/-	NG	NG
<i>(Perzisch)</i>					
<i>Prigerson et al., 2021</i>	NG	NG	NG	NG	NG
<i>(Engels)*</i>					
Aarhus PGDs					
<i>O' Connor et al., 2023</i>	+	++	+	NG	Onjuist gerapporteerd
<i>(Deens)</i>					

Noot. * De lijst wordt gepresenteerd in dit artikel, maar de psychometrische eigenschappen hiervan worden niet onderzocht (oudere datasets).

Discussie

Na de invoering van de persisterende rouwstoornis in de ICD-11 en DSM-5-TR moesten nieuwe instrumenten worden ontwikkeld om de nieuwe symptoomprofielen te meten. Het doel van dit onderzoek was om de psychometrische eigenschappen van deze nieuwe meetinstrumenten voor PRS te evalueren. Voor zover mij bekend, is dit de eerste systematische review die de nieuwe instrumenten heeft beoordeeld en samengevat. Bij zowel het onderzoeken van PRS als het diagnosticeren of behandelen hiervan in de klinische praktijk is het belangrijk om goed gevalideerde instrumenten te gebruiken. Voor het onderzoeksdomein wordt een overzicht geboden van het validiteitsbewijs per meetinstrument, waarop eventueel vervolgonderzoek gebaseerd kan worden. Dit onderzoek levert daarom een waardevolle bijdrage door een overzicht te bieden van betrouwbare en gevalideerde instrumenten.

Er zijn in totaal negentien validatiestudies meegenomen die de psychometrische eigenschappen van acht meetinstrumenten beoordeelden. Voor alle instrumenten is bewijs voor betrouwbaarheid en validiteit gevonden, maar de sterkte van het bewijs varieert per instrument. De TGI-SR+ is de meest onderzochte zelfrapportagevragenlijst en het best gevalideerd met acht studies. Bijna alle studies vonden uitstekende betrouwbaarheid op basis van klassieke testtheorie. Slechts één studie heeft de test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Test-hertest betrouwbaarheid verdient daarom in toekomstig validatieonderzoek nadere aandacht om hier onderbouwde conclusies over te kunnen trekken. De meeste onderzoeken vonden acceptabel bewijs voor de interne structuur. In alle studies is bewijs voor known-groups validiteit gevonden. Het betreft hier factoren als geslacht, opleidingsniveau, tijd sinds verlies, oorzaak van het verlies en de relatie met de overledene. Het bewijs voor convergente validiteit wordt ondersteund door twee studies die een matige correlatie met andere psychopathologische meetinstrumenten vonden en zes studies die hier een sterke correlatie

vonden. Opmerkelijk is dat Cherblanc et al. (2024) post-traumatische groei meenam bij het onderzoeken van relaties met andere variabelen. Zij stellen dat dit onder convergente validiteit valt, terwijl het aannemelijk is dat een hoge rouwscore negatief correleert met post-traumatische groei. De term divergente validiteit was voor deze variabele meer van toepassing. Het voordeel van de TGI-SR+ en de TGI-CA is dat deze instrumenten zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR} symptomen meten en ze in achttien talen beschikbaar zijn.

De PG-13-R is een zelfrapportagelijst die openbaar beschikbaar is in 21 talen en het meet PRS_{DSM-5-TR} symptomen. Hoewel oorspronkelijk vier validatiestudies zijn opgenomen in deze review, bleek het na nadere analyse bij Prigerson et al. (2021) niet om een bruikbare validatiestudie te gaan. De resterende drie onderzoeken vonden acceptabele tot uitstekende betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie. Eén studie heeft de test-hertest betrouwbaarheid onderzocht en vond uitstekende resultaten. Ook hier zal nader validatieonderzoek nodig zijn om conclusies over de test-hertest betrouwbaarheid te kunnen trekken. De valideitsbewijzen van de PG-13-R zijn weinig overtuigend met twee studies die gemengde resultaten vinden betreffende de interne structuur, twee studies hebben de known-groups validiteit niet onderzocht en de twee studies die relaties met andere variabelen onderzochten vinden gemengde tot sterke correlaties met psychopathologische meetinstrumenten. Ashouri et al. (2024) hebben de variabele hoop meegenomen in het onderzoeken van de convergente validiteit. Zij observeerden dat hoop negatief correleert met hoge rouwscores. Omdat deze assumptie op voorhand gemaakt kon worden, was het passender geweest om dit als divergente validiteit te rapporteren. Opvallend is dat Mirhosseini et al. (2024) en Ashouri et al. (2024) bij het onderzoeken van de interne structuur een groot aantal fit indices rapporteerden. Meer indices meenemen dan het minimale (Chi-kwadraat met vrijheidsgraden en p-waarde, RMSEA, CFI en SRMR) is doorgaans overbodig, met name bij local fit testing wat bij onderzoek naar PRS-vragenlijsten de meest gangbare optie is (Kline,

2023). Het gebruik van verschillende indices is breder waargenomen dan bij de onderzoeken naar de PG-13-R. Binnen deze review wordt daarom gepleit voor een meer uniforme aanpak in toekomstig validatieonderzoek, in overeenstemming met de inzichten van Kline (2023).

De IPGDS is in twaalf talen beschikbaar en onderscheidt zich van de overige instrumenten door zich niet enkel te richten op het meten van PRS_{ICD-11} symptomen met de ‘standard scale’, maar hier een cultureel supplement aan toe te voegen. De ICD-11 stelt dat er sprake moet zijn van een *cultural caveat*, wat inhoudt dat de rouw ernstiger en langduriger moet zijn dan de culturele norm. De classificatie geeft echter geen handvatten voor de operationalisering hiervan. Het culturele supplement van de IPGDS probeert dit op te lossen door symptomen weer te geven die binnen bepaalde culturen als kenmerkend of relevant worden beschouwd en ondersteunt daarmee de diagnostiek in diverse culturele contexten. Er is acceptabel tot uitstekend bewijs op basis van klassieke testtheorie gevonden voor de IPGDS. Geen van de studies onderzocht test-hertestbetrouwbaarheid, iets dat in toekomstig onderzoek moet gebeuren. Eén studie vond acceptabel bewijs voor interne structuur op basis van confirmatory factor analysis (CFA). Killikelly et al. (2020) vonden acceptabel bewijs op basis van exploratory factor analysis (EFA). Dat in 2020 voor EFA werd gekozen, is verklaarbaar gezien het toen nog beperkte theoretische kader rondom PRS. Inmiddels is meer bekend en toekomstig validatieonderzoek zal CFA moeten uitvoeren om goede conclusies te trekken over de interne structuur van de IPGDS. In alle onderzoeken werd known-groups validiteit gevonden en de convergente validiteit werd ondersteund door matig tot sterke relaties met andere variabelen.

Een instrument van meerwaarde is de I-PGD-11, dat PRS_{ICD-11} symptomen meet. Dit is het enige beschikbare gestructureerde klinische interview en het beoordeelt de diagnostische status van een cliënt en de ernst van de klachten. Er is één validatiestudie uitgevoerd binnen een psychiatrische populatie. Hier is acceptabel bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op

klassieke testtheorie is gevonden, maar er is geen test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Er is bewijs gevonden voor known-groups validiteit en convergente validiteit, maar er was onvoldoende bewijs voor de interne structuur van het interview. Verder validatieonderzoek zal moeten aantonen of het instrument robuust genoeg is. Validatieonderzoek naar gestructureerde klinische interviews is complexer en prijziger dan dat naar zelfrapportage vragenlijsten. Daarom is het bijzonder dat de I-PGD-11 kort na de nieuwe classificaties is ontwikkeld en al door één studie is gevalideerd. Hoewel nader validatieonderzoek moet volgen, kan vermeld worden dat dit een goede stap is richting de klinische praktijk.

De IGQ, IGQ-CG en de APGDs zijn instrumenten waarvan slechts één validatiestudie beschikbaar is om de psychometrische eigenschappen te beoordelen. Voor deze meetinstrumenten geldt dat vervolgonderzoek nodig is om meer betrouwbare uitspraken te kunnen doen over hun kwaliteit.

De IGQ meet PRS_{ICD-11} symptomen en geeft acceptabel betrouwbaarheidsbewijs gebaseerd op klassieke testtheorie. De factoranalyse toonde uitstekend bewijs voor interne structuur en sterke correlaties met andere psychopathologische variabelen. Er is geen test-hertest betrouwbaarheid en known-groups validiteit onderzocht. Naast de algemene notie dat dit instrument meer gevalideerd moet worden om concrete uitspraken over de psychometrische eigenschappen te kunnen doen, zullen de test-hertest en known-groups onderzocht moeten worden.

Het bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie van de IGQ-CG is gemengd en er is geen test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Verder is gemengd bewijs gevonden voor de interne structuur en bewijs voor known-groups validiteit gevonden. Er zijn zwakke correlaties met andere psychopathologische variabelen. Hoewel meer

validatieonderzoek nodig is om inzicht te bieden in de psychometrische eigenschappen van de IGQ-CG, blijkt dat dit het minst goed ondersteunde meetinstrument binnen deze review is.

De studie naar de APGDs vond acceptabel bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie en uitstekende test-hertest betrouwbaarheid. Er zijn gemengde resultaten gevonden voor de interne structuur bij PRS_{ICD-11} en voor PRS_{DSM-5-TR} zijn acceptabele resultaten gevonden. Er is geen onderzoek gedaan naar known-groups validiteit. Bij het onderzoeken van de convergente validiteit wordt in het onderzoek een tabel met een drie-factor structuur aangehaald. In de conclusie noemen O'Connor en collega's (2023) echter dat een twee-factor structuur het best passend is. Gezien de structuur van de factoranalyse volledig opnieuw moet worden geschat bij een twee-factor model, kan het drie-factor model geen bewijs leveren voor convergente validiteit.

Limitaties en aanbevelingen

Bij het onderzoeken van limitaties kan onderscheid gemaakt worden tussen limitaties betreffende de dataset en methodologische limitaties van deze review. Een beperking van de dataset ligt in de constatering dat deze review slechts één validatiestudie heeft gevonden voor vijf instrumenten, namelijk de TGI-CA, IGQ, IGQ-CG, I-PGD-11 en de A-PGDs. Hoewel conclusies getrokken kunnen worden op basis van deze resultaten, is verder validatieonderzoek nodig om te bepalen of de psychometrische eigenschappen robuust zijn. Van belang is dat, naast replicatie, de vragenlijsten in alle beschikbare talen worden gevalideerd. Daarbij dienen validatieonderzoeken gebaseerd te zijn op bruikbare, actuele data. Wat betreft deze data wordt gepleit voor het gebruik van confirmatory factor analysis, aangezien er hedendaags een breed genoeg theoretisch kader voor PRS bestaat en vooraf al hypothesen gevormd kunnen worden over de factoren en factorladingen. Daarbij wordt aanbevolen dat universeel met dezelfde fit indices gewerkt wordt, om onderzoek makkelijk

vergelijkbaar en interpreteerbaar te houden. Dit kan zowel door onderzoekers als door vakbladen geïmplementeerd worden (Stone, 2021; Kline, 2023).

Naast het gebruik van verschillende indices is een discrepantie gevonden tussen wat men onder convergente- en concurrente validiteit verstaat. Het advies is om in toekomstig onderzoek één lijn te trekken bij het rapporteren van deze typen validiteit. Hiervoor is het van belang dat wetenschappers het onderscheid tussen de beide kunnen maken, zoals beschreven door Bannigan & Watson (2009). Een suggestie voor rapportage is het volgen van de *COSMIN studieontwerp checklist voor zelfrapportage instrumenten* (Mokkink et al., 2019).

Tot slot is deze review niet uitputtend. Het valideren van meetinstrumenten is een doorlopend proces en na het schrijven van dit onderzoek is minstens één nieuw validatieonderzoek gedaan naar de Braziliaanse vertaling van de PG-13-R (Esperandio et al., 2025). Deze validatie(s) zijn niet meegenomen, omdat ze zijn uitgebracht na de data-inzameling en analyse.

Een methodologische limitatie van deze review is het afgaan op de data die de onderzochte studies zelf leverden. Als sprake is van onjuiste of ontbrekende data, kan het zijn dat dit onderzoek een vertekend beeld geeft van de instrumenten. De auteur van deze review is geen statisticus of expert op het gebied van testconstructie, waardoor deze vertekeningen mogelijk onopgemerkt zijn gebleven.

Ten tweede is een bron in de review meegenomen die niet passend is gebleven. Hoewel gebruik is gemaakt van helder geformuleerde in- en exclusiecriteria, is toch één onderzoek geïnccludeerd dat geen validatieonderzoek bleek te zijn (Prigerson et al., 2021). Bij nadere analyse bleek dat binnen dit onderzoek een oude dataset is gebruikt van een tijd voordat de PG-13-R was ontwikkeld. De psychometrische eigenschappen van de PG-13-R werden in dit onderzoek niet belicht. Het presenteren van onderzoek als validatieonderzoek

vereist dat daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van de te valideren versie van het instrument en dat de psychometrische eigenschappen daarvan expliciet worden onderzocht. Het gebruik van oudere datasets of versies zonder dit helder te vermelden, kan leiden tot misvattingen over de eigenschappen van een meetinstrument. Voor validatieonderzoekers en reviewers is het van belang dit in acht te nemen.

Ook moet vermeld worden dat dit onderzoek niet is gepreregistreerd. Het doel was om voorafgaand aan de dataextractie een preregistratie in te dienen op het platform PROSPERO, om transparant, ethisch en repliceerbaar te zijn. Echter was dit platform destijds offline. Toen deze weer online kwam waren de doeleinden en format van de preregistraties dermate gewijzigd, dat de reeds voorbereide preregistratie niet meer kon worden ingediend. Het preregistreren van deze systematische literatuurreview is om deze reden niet formeel gebeurd. Wel is informeel een preregistratie gemaakt (en beoordeeld door de thesisbegeleider).

Tot slot is het van belang om nader onderzoek te doen naar de prevalentie van PRS in de bevolking, alsook naar de sensitiviteit en de specificiteit van de meetinstrumenten. De sensitiviteit van een instrument zegt iets over de kans dat het instrument iemand met PRS als zodanig identificeert. Specificiteit betekent dat het meetinstrument correct mensen uitsluit wanneer zij geen PRS hebben. Het identificeren van de sensitiviteit en specificiteit van de meetinstrumenten is van belang, omdat bekend is dat bij zelfrapportage de prevalentie van een aandoening overschat kan worden (Lim et al., 2018; Shevlin et al., 2024). Hierdoor ontstaat een risico op systematische overdiagnostiek, iets dat bij onderzoek naar PRS nog onvoldoende is belicht. Vooral doordat cut-off-scores vaak worden gebaseerd op zelfrapportage-informatie binnen hetzelfde meetinstrument (Stroebe et al., 2024). Het risico op overdiagnostiek kan verkleind worden door het toevoegen van een klinisch interview bij cliënt-assessment. Verder kan met behulp Bayesiaanse statistiek aan de hand van de prevalentie, sensitiviteit en specificiteit berekend worden hoe groot de kans op over- of

onderdiagnostiek is. Binnen de scope van deze review kan niet te diep ingegaan worden op de Bayesiaanse statistiek, voor een uitgebreid pleidooi zie Tiemens et al. (2018).

Conclusie

Deze systematische review laat zien dat sinds de invoering van de nieuwe PRS-criteria in de ICD-11 en DSM-5-TR in korte tijd acht meetinstrumenten zijn ontwikkeld, waarvan het merendeel betrouwbaar en valide blijkt te zijn. De TGI-SR+ komt naar voren als het best onderzochte en breedst beschikbare instrument. Toch bestaan aanzienlijke verschillen in de mate van onderbouwing per instrument. De I-PGD-11 onderscheidt zich als enige gestructureerde klinische interview, maar ook hier is aanvullend validatieonderzoek noodzakelijk. De bevindingen benadrukken de noodzaak van meer uniforme rapportage betreffende fit indices en validiteitsduiding. Ondanks de huidige beperkingen vormen deze meetinstrumenten een waardevolle basis voor verdere ontwikkeling en toepassing in zowel onderzoek als klinische praktijk.

Literatuur

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council On Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*(p. ii). American Educational Research Association. https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/standards_2014edition.pdf
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR* (M. B. First, Ed.; Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Ashouri A., Yousefi S., Prigerson H. G. (2024). Psychometric properties of the PG-13-R scale to assess prolonged grief disorder among bereaved Iranian adults. *Palliative & Supportive Care*, 22(1), 174–181. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000202>
- 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., Eisma, M. C., Smid, G. E., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder in section II of DSM-5: A commentary. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1771008>
- Bradbury, M. (2001). Classics revisited: Freud's Mourning and Melancholia. *Mortality*, 6(2), 212–219. <https://doi.org/10.1080/13576270120051866>
- Cherblanc, J., Côté, I., Boever, C., & Zech, E. (2024). Validity of the tgi-sr+ in francophone populations: Insights from quebec and belgium. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2420882>
- Eisma, M. C., Janshen, A., & Lenferink, L. I. M. (2022). Content overlap analyses of ICD-11 and DSM-5 prolonged grief disorder and prior criteria-sets. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011691>
- Eisma M. C. (2023). prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 57(7), 944–951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>

- Esperandio, M. R. G., Rosas, L. S., Viacava, J. J. C., & Prigerson, H. G. (2025). Brazilian Validation of the Prolonged Grief Disorder Scale - Revised (PG-13-R). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228251348277>
- Fernández-Alcántara, M., Redondo-Armenteros, A., Pérez-Marfil, M. N., Cabañero-Martínez, M. J., Congost-Maestre, N., & CruzQuintana, F. (2025). Psychometrical properties of the Spanish version of the traumatic grief inventory self report plus (TGISR+). *Psicothema*, 37(1), 81–90. <https://doi.org/10.70478/psicothema.2025.37.09>
- Hyland, P., Redican, E., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2024). The International Grief Questionnaire (IGQ): A new measure of ICD-11 prolonged grief disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 141–153. <https://doi.org/10.1002/jts.22986>
- Jo, A., Lee, D. H., Kim, Y. J., & Prigerson, H. G. (2024). Psychometric Properties of the Korean Version of the Revised Prolonged Grief Disorder Scale for Bereaved Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0) <https://doi.org/10.1177/00302228241279881>
- Killikelly, C., Kagialis, A., Henneman, S., Coronado, H., Demanarig, D., Farahani, H., Özdoğru, A. A., Yalçın, B., Yockey, A., Gosnell, C. L., Jia, F., Maisel, M., Stelzer, E., Wilson, D., Anderson, J., Charles, K., Cummings, J. P., Faas, C., Knapp, B., ... Irgens, M. S. (2023). Measurement and assessment of grief in a large international sample. *Journal of Affective Disorders*, 327, 306–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.095>
- Killikelly, C., Zhou, N., Merzhvynska, M., Stelzer, E.-M., Dotschung, T., Rohner, S., Sun, L. H., & Maercker, A. (2020). Development of the international prolonged grief disorder scale for the ICD-11: Measurement of core symptoms and culture items adapted for

- Chinese and German-speaking samples. *Journal of Affective Disorders*, 277, 568–576.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.057>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (Fifth edition). The Guilford Press.
- Kokou, K. C. K., Lenferink, L. I. M., Brunnet, A. E., Park, S., Megalakaki, O., Boelen, P., & Cénat, J. M. (2022). The ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief criteria: Validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus using exploratory factor analysis and item response theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(6), 1950–1962.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2765>
- Lee, S. A. (2015). The Persistent Complex Bereavement Inventory: A measure based on the DSM-5. *Death Studies*, 39(7), 399–410.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1029144>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The traumatic grief inventory-self report plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lenferink, L. I. M., Franzen, M., ten Klooster, P. M., Knaevelsrud, C., Boelen, P. A., & Heeke, C. (2023). The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: A psychometric evaluation of a new interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *Journal of Affective Disorders*, 330, 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.006>

- Lenferink, L. I. M., Johnsen, I., Kristensen, P., Lie, N. E. K., & Sveen, J. (2024a). The Norwegian traumatic grief inventory-self report plus (TGI-SR+): a psychometric evaluation in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2391248>
- Lenferink, L. I. M., van Dijk, I., Eisma, M. C., Eklund, R., Boelen, P. A., & Sveen, J. (2024b). Psychometric evaluation of the Swedish Traumatic Grief Inventory Self-Report Plus (TGI-SR+) in bereaved parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1). <https://doi.org/10.1002/cpp.2922>
- Lim, G., Tam, W., Lu, Y., Ho, C., Zhang, M., Ho, R., 2018. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci. Rep.* 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>.
- Marteau, T. M. (1994). Psychology and screening: Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1994.tb01089.x>
- Mirhosseini, S., Khajeh, M., Sharif-Nia, H., Hosseini, F. S., & Ebrahimi, H. (2024). Psychometric Properties of the Revised Version of the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13-R): A Methodological Study in the Iranian Population. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228241272579>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2019). *COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments*. https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf

- O'Connor, M., Vang, M. L., Shevlin, M., Elklit, A., Komischke-Konnerup, K. B., Lunderoff, M., & Bryant, R. (2023). Development and validation of the Aarhus PGD scale for operationalizing ICD-11 and DSM-5-TR Prolonged Grief Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 342, 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.022>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H. G., Viola, M., Lichtenthal, W., Rogers, M., Derry, H. M., She, W. J., Gordon-Elliott, J., & Maciejewski, P. K. (2023). Appendix B. Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder. *American Psychiatric Association Publishing eBooks* (pp. 185–197). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615379934.bm02>
- Redican, E., Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Martsenkovskyi, D., & Ben-Ezra, M. (2024). Development and validation of the caregiver-report version of the international grief questionnaire (IGQ-CG): Results from a Ukrainian sample of parents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29(4), 1481–1496. <https://doi.org/10.1177/13591045241260897>
- Rueger, M. S., Lechner-Meichsner, F., Kirschbaum, L., Lubik, S., Roll, S. C., & Steil, R. (2024). Prolonged grief disorder in an inpatient psychiatric sample: psychometric properties of a new clinical interview and preliminary prevalence. *BMC Psychiatry*, 24(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05784-2>

- Shevlin, M., Hyland, P., Cloitre, M., Brewin, C., Martenskovskyi, D., Ben, E. M., Bondjers, K., Karatzias, T., Duffy, M., & Redican, E. (2024). Assessing self-reported prolonged grief disorder with “clinical checks”: A proof of principle study. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.23100>
- Sommers-Flanagan, J. (2016). Clinical interview. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & R. Krishnamurthy (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods., Vol. 3.* (pp. 3–16). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14861-001>
- Stone B. M. (2021). The Ethical Use of Fit Indices in Structural Equation Modeling: Recommendations for Psychologists. *Frontiers in psychology*, 12, 783226. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.783226>
- Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39(3), 135–140.
- Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., & Eisma, M. C. (2024). On the classification and reporting of prolonged grief: Assessment and research guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 32(1), 15–32. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000389>
- Tang, S., Chen, Z., Boelen, P., Eisma, M. and Lenferink, L. . (2024), Psychometric Evaluation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+) in Chinese Bereaved People. *Clin Psychol Psychother*, 31: e3066. <https://doi.org/10.1002/cpp.3066>
- Tiemens, B., Wagenvoorde, R., & Witteman, C. (2018). Waarom iedere psycholoog de regel van Bayes moet kennen. *GZ - Psychologie : Het Vakblad over*

Gezondheidszorgpsychologie, Psychotherapie En Psychiatrie, 10(3), 16–23.

<https://doi.org/10.1007/s41480-018-0034-7>

Treml, J., Schmidt, V., Braehler, E., Morfeld, M., & Kersting, A. (2024). Psychometric properties of the German version of the Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1).

<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2421706>

World Health Organization. (1992). ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Yıldırım, Y. E. (2023). Prevalence of Prolonged Grief Disorder and Related Clinical Factors Among Turkish Psychiatric Outpatients During the COVID-19 Pandemic. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0) <https://doi.org/10.1177/00302228231187296>

Yousefi, S., Abdoli, F., Ahmad, A., & Hajar, A. (2025). Persian version of the International ICD-11 Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS): Validity and reliability. *Palliative and Supportive Care*, 23(e52). <https://doi.org/10.1017/S1478951524001901>

Bijlagen

Tabel 1

Diagnostische criteria persisterende rouwstoornis

Persisterende rouwstoornis (ICD-11)	Persisterende rouwstoornis (DSM-5-TR)
A. Verstoring na de dood van een partner, ouder, kind of andere persoon die dicht bij de rouwende staat.	A. Het overlijden, ten minste 12 maanden geleden, van een persoon die dicht bij het rouwende individu stond (voor kinderen en adolescenten, ten minste 6 maanden geleden).
B. Aanhoudende en wijdverspreide rouwreactie gekenmerkt door verlangen naar de overledene of een aanhoudende Preoccupatie met de overledene.	B. Sinds het overlijden, de ontwikkeling van een persisterende rouwreactie gekarakteriseerd door een of beide van de volgende symptomen, die de meeste dagen in klinisch significante mate aanwezig zijn. Daarnaast is het symptoom de afgelopen maand bijna elke dag opgetreden: - Intense verlangens en verlangen naar de overledene. - Preoccupatie met gedachten of herinneringen aan de overledene (bij kinderen en adolescenten kan de preoccupatie gericht zijn op de omstandigheden van het overlijden).
C. Intense emotionele pijn, bijvoorbeeld: - Verdriet - Schuld - Boosheid - ontkenning	C. Sinds het overlijden, zijn ten minste drie van de volgende symptomen de meeste dagen in klinisch significante mate aanwezig. Daarnaast zijn de symptomen de afgelopen maand bijna elke dag opgetreden:

- Moeite met het accepteren van het overlijden	- Identiteitsverstoring (bijvoorbeeld het gevoel alsof een deel van zichzelf is gestorven) sinds het overlijden.
- Het gevoel een stuk van jezelf te zijn kwijtgeraakt	- Sterk gevoel van ongeloof over het overlijden.
- Onvermogen om een positieve stemming te ervaren	- Vermijding van herinneringen aan het feit dat de persoon overleden is (bij kinderen en adolescenten kan dit zich uiten in pogingen om herinneringen te vermijden).
- emotionele doofheid	- Intense emotionele pijn (bijvoorbeeld woede, bitterheid, verdriet) gerelateerd aan het overlijden.
- Moeite om mee te doen met sociale- of andere activiteiten.	- Moeite met het herintegreren in relaties en activiteiten na het overlijden (bijvoorbeeld Problemen met het omgaan met vrienden, het nastreven van interesses, of het plannen voor de toekomst).
D. De rouwreactie heeft zich voor een ongebruikelijk lange periode na het verlies voortgezet (minimaal langer dan 6 maanden) en overtreft duidelijk de verwachte sociale, culturele of religieuze normen binnen de cultuur en context van het individu. Rouwreacties die langer aanhouden maar binnen een normatieve rouwperiode vallen, rekening houdend met de culturele en religieuze context van de persoon, worden beschouwd	- Emotionele gevoelloosheid (afwezigheid of sterke vermindering van emotionele ervaring) als gevolg van het overlijden.
	- Het gevoel dat het leven betekenisloos is als gevolg van het overlijden.
	- Intense eenzaamheid als gevolg van het overlijden.
	D. De stoornis veroorzaakt klinisch significante verstoring of beperkingen in sociale, beroepsmatige of andere belangrijke gebieden van functioneren.

als normale rouwreacties en krijgen geen diagnostische classificatie.	E. De duur en ernst van de rouwreactie overschrijden duidelijk de verwachte sociale, culturele of religieuze normen voor de cultuur en context van het individu.
E. De verstoring veroorzaakt klinisch significante verstoring of beperking in sociale, beroepsmatige, of andere belangrijke gebieden van functioneren.	F. De symptomen worden niet beter verklaard door een andere psychische stoornis, zoals een depressieve stoornis of posttraumatische-stressstoornis, en zijn niet toe te schrijven aan de fysiologische effecten van een stof (bijvoorbeeld medicatie, alcohol) of een andere medische aandoening.

Noot. Overgenomen en vertaald uit *Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR:*

Challenges and controversies, door M. Eisma, 2023.

Tabel 5

Geëxtraheerde data

Studie, Jaartal	Instrument, Soort instrument, Vertaling, Meetpretentie	Steekproefkenmerken (N)	Bewijs voor betrouwbaarheid gebaseerd op klassieke testtheorie (KT), Test-hertest betrouwbaarheid (THB)	Bewijs gebaseerd op interne structuur	Bewijs voor known-groups validiteit	Bewijs gebaseerd op relaties tot andere variabelen (convergente validiteit)	Bijzondere kenmerken
Cherblanc et al., (2024)	TGI-SR+, Zelfrapportage, Frans, ICD-11 & DSM-5-TR	Quebec (276): Vrouw (88.4%), Universitair of hoger: Niet gerapporteerd, Tijd	KT: PRS _{ICD-11} α (0.92), PRS _{DSM-5-TR} α (0.92), THB: Niet gerapporteerd.	CFA (1-factor): RMSEA: 0.094 (acceptabel)	Quebec: Een hogere score werd waargenomen bij verlies door een	Convergente validiteit: Quebec: GHQ-28 (depressie subschaal) 0.52, PTGI (post-	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} .

sinds verlies: M=449		CFI: 0.871	onnatuurlijke dood	traumatic growth)	Openbaar
dagen, Oorzaak	Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR}. THB: Niet gerapporteerd.	(onacceptabel)	(vs. natuurlijke	0.35.	beschikbaar in
verlies: niet		TLI: 0.857	dood) en bij verlies	GHQ-28	18 talen,
gerapporteerd, Relatie		(onacceptabel)	van een partner of	(psychiatrische	waaronder
met overledene: kind		SRMR: 0.055	kind (vs. een andere	stoornissen) 0.59.	Nederlands.
of echtgenoot (16.7%),		(acceptabel)	relatie).		
ouder, broer of zus		Ondanks		België: GHQ-28	
(60.5%), ander		ontoereikende fit	België:	(depressie subschaal)	
familielid (15.9%),		indices is er gekozen	Een hogere score	0.53, PTGI (post-	
anders (6.9%). België		voor het	werd waargenomen	traumatic growth)	
(469): kind of		spaarzamere 1-factor	bij verlies door een	0.28. GHQ-28	
echtgenoot (16.6%),		model.	onnatuurlijke dood	(psychiatrische	
ouder, broer of zus			(vs. natuurlijke	stoornissen) 0.63.	
(56.9%), ander			dood), bij verlies		
familielid (20.0%),			van een partner of		
anders (6.4%).			kind (vs. een andere	Quebec:	
			relatie). En bij	Het bewijs voor	
			vrouwen. Een lagere	validiteit gebaseerd	

factor model is	score werd	op relaties tussen
gemengd.	waargenomen bij	andere variabelen
	deelnemers die het	wordt ondersteund
	verlies langer	door sterke
	geleden hadden	correlaties tussen de
	meegemaakt.	TGI-SR+ en de
		GHQ-28 en GHQ-
		28_{depression} en een
	Quebec:	matige correlatie
	Het bewijs voor	tussen de TGI-SR+
	known-groups	en de PTGI.
	validiteit is	
	gevonden	
	betreffende	België:
	oorzaak verlies* en	Het bewijs voor
	relatie met	validiteit gebaseerd
	overledene*.	op relaties tussen
		andere variabelen
		wordt ondersteund

België: door sterke correlaties tussen de TGI-SR+ en de GHQ-28_{depression}, de GHQ-28 en een zwakke correlatie tussen de TGI-SR+ en de PTGI.

Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden betreffende oorzaak verlies*, relatie met overledene*, gender* en tijd sinds verlies*.

Ashouri et al., (2024)	PG-13-R, Zelfrapportage, Perzisch, DSM-5-TR	Iran (347), Vrouw: (60.2%), Universitair of hoger: (58.8%), Tijd sinds verlies: 12-18 maanden (27.4%), 18-24 maanden (37.8%),	ω (0.93), α (0.93). MIIC (0,56), THB: r (0.89).	CFA (1-factor): GFI: 0.94 (acceptabel) AGFI: 0.90 (acceptabel)	Een hogere score werd waargenomen bij vrouwen (vs. mannen of anders), minder hoog opgeleiden (vs.	Convergente validiteit: PHQ-9 (depressie) 0.66, PCL-5 (posttraumatische stress) 0.56, WSAS	Meet enkel PRS _{DSM-5-TR} . Niet openbaar beschikbaar.
------------------------	---	---	---	--	---	--	---

24-36 maanden (34.9%), Oorzaak verlies: Natuurlijk (81.6%), onnatuurlijk [zelfmoord, ongeluk, moord] (18.4%), Relatie met overledene: Moeder (18.4%), vader (14.4%), echtgenoot (19,9%), zus (17.9%), broer (12.1%), kind (17.3%).	Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor PRSDSM-5-TR. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van THB is uitstekend.	NFI: 0.95 (acceptabel) IFI: 0.95 (acceptabel) CFI: 0.95 (acceptabel) RMSEA: 0.08 (acceptabel) Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1- factor model is acceptabel.	universitair of hoger), bij verlies door een onnatuurlijke dood (vs. natuurlijke dood) en bij verlies van een partner of kind (vs. een andere relatie). Tijd sinds verlies is niet onderzocht. Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden betreffende opleidingsniveau*,	(functionele impairment) 0.72 en AHS (hoop) -0.36). Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund door sterke correlaties tussen de PG-13-R en de PHQ- 9, de PCL-5, en de WSAS en een matige correlatie tussen de PG-13-R en de AHS.
--	--	---	---	--

					oorzaak verlies* en relatie met overledene*.		
Fernandez- Alcantara et al., (2025)	TGI-SR+, Zelfrapportage, Spaans, ICD- 11 & DSM-5- TR	Spanje (229), Vrouw: (73.4%), Universitair of hoger: (77.7%), Tijd sinds verlies: 1 tot 28 maanden, Oorzaak verlies: Natuurlijk (42.4%), onverwacht overlijden (57.6%), Relatie met overledene: Vader of moeder (32.8%), echtgenoot (19,9%), Broer of zus (4.4%), kind (5.6%), grootouder (38%).	KT: PRS _{ICD-11} : ω (0.97), α (0.94). PRS _{DSM-5-TR} ω (0.97), α (0.96). THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR}. THB: Niet gerapporteerd.	CFA (1-factor): RMSEA: 0.095 (acceptabel) CFI: 0.970 (uitstekend) TLI: 0.974 (uitstekend) SRMR: 0.068 (acceptabel). Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-	Een hogere score werd waargenomen bij vrouwen (vs. mannen of anders), minder hoog opgeleiden (vs. universitair of hoger). Er is een negatieve correlatie gevonden tussen TGI-SR+ scores en leeftijd participant en leeftijd overledene. Er zijn geen significante verschillen	Convergente validiteit: SCL-90 (depressie) 0.74, SCL-90 (angst) 0.68, IES-R (subjective distress) 0.89, PG-13 (persisterende rouwstoornis) 0.90.	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} . Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Nederlands.
					Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund		

				factor model is acceptabel.	gevonden tussen TGI-SR+ scores en doodsoorzaak en tijd sinds verlies.	door sterke correlaties tussen de TGI-SR+ en de SCL-90_{depressie}, de SCL-90_{angst}, de IES-R en de PG-13.	
					Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden betreffende geslacht*, opleidingsniveau* en leeftijd*.		
Hyland et al., (2024)	IGQ, Zelfrapportage,	UK (1012), Vrouw: (51.3%), Universitair of hoger: (37.2%), Tijd	KT: UK: PRS _{ICD-11} : kern symptomen ω (0.90), geassocieerde	CFA (2-factor) UK: RMSEA: 0.007 (uitstekend)	Niet gerapporteerd.	Convergente validiteit: UK: International Depression	Meet enkel PRS _{ICD-11} .

Engels, ICD-11	sinds verlies: minder dan 6 maanden 4.4%, 6 maanden tot een jaar 5.9%, 1-2 jaar 12.8%, 2-3 jaar 11.6%, 3-5 jaar 14.9%, 6-10 jaar 17.9%, meer dan 10 jaar 32.4%, Oorzaak verlies: Niet gerapporteerd, Relatie met overledene: Niet gerapporteerd.	symptomen ω (0.92). Ierland: PRS _{ICD-11} kern symptomen ω (0.89), geassocieerde symptomen ω (0.90). THB: Niet gerapporteerd.	CFI: 1 (uitstekend) TLI: 1 (uitstekend) SRMR: 0.005 (uitstekend). CFA (2-factor) Ierland: RMSEA: 0.000 (uitstekend) CFI: 1 (uitstekend) TLI: 1 (uitstekend) SRMR: 0.005 (uitstekend).	Questionnaire (depressie) 0.71. International Anxiety Questionnaire (angst) 0.62. ITQ (posttraumatische stress) 0.77. IPGDS (persisterende rouwstoornis) 0.81. Ierland: Depression Questionnaire (depressie) 0.59. International Anxiety Questionnaire (angst) 0.52. ITQ (posttraumatische stress) 0.69. IPGDS	De vragenlijst heeft maar 7 items. Openbaar beschikbaar in het Engels en Oekraïens.
	Ierland (1011), Vrouw: (52.5%), Universitair of hoger: (42.1%), Tijd sinds verlies: minder dan 6 maanden 5.2%, 6	Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is acceptabel voor PRS_{ICD-11}. THB: Niet gerapporteerd.			

maanden tot een jaar
 5.0%, 1-2 jaar 12.2%,
 2-3 jaar 11.1%, 3-5
 jaar 14.9%, 6-10 jaar
 18.1%, meer dan 10
 jaar 33.5%. Oorzaak
 verlies: Niet
 gerapporteerd.

**Het bewijs voor de
 interne structuur
 op basis van een 2-
 factor model is
 uitstekend (UK).**

**Het bewijs voor de
 interne structuur
 op basis van een 2-
 factor model is
 uitstekend
 (Ierland).**

(persisterende
 rouwstoornis) 0.79.

**Het bewijs voor
 validiteit gebaseerd
 op relaties tussen
 andere variabelen in
 zowel de UK als de
 Ierland steekproef
 wordt ondersteund
 door sterke
 correlaties tussen de
 IGQ en de
 International
 Depression
 Questionnaire, de
 International Anxiety**

 Questionnaire, de

ITQ en de IPGDS.

Jo et al., (2024)	PG-13-R-K, Zelfrapportage, Koreaans, DSM-5-TR	Korea (694), Vrouw: (27.81%), Universitair of hoger: niet gerapporteerd, Tijd sinds verlies: M=24.62 maanden, Oorzaak verlies: Onverwacht overlijden [zelfmoord of moord] (13.40%), onverwacht overlijden [door ongeluk] (15,71%), onverwacht overlijden door acute ziekte excl. COVID-19 (47.98%), onverwacht	KT: α (0.95) THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor PRSDSM-5-TR. THB: Niet gerapporteerd.	CFA (1-factor): RMSEA: 0.11 (onacceptabel) CFI: 0.99 (uitstekend) TLI: 0.99 (uitstekend) SRMR: niet gerapporteerd. Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-	Niet gerapporteerd.	Convergente validiteit: PHQ-9 (depressie) 0.46, GAD-7 (angst) 0.46, PCL-5 (posttraumatische stress) .60. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund door een sterke correlatie tussen de	Meet enkel PRSDSM-5-TR. Niet openbaar beschikbaar.
----------------------	--	--	--	---	--------------------------------	--	---

overlijden door COVID-19 (30.98%), verwacht overlijden [chronische ziekte] (60.23%). Relatie met overledene: Moeder (10.23%), vader (10.81%), echtgenoot (0.86%), broer of zus (4.03%), kind (0.14%), grootouder (7.35%), vrienden (15.99%), anders (50.58%).				factor model is gemengd.	PG-13-R-K en de PCL-5 en door matige correlaties tussen de PG-13-R-K en de PHQ-9 en de GAD-7.		
Killikelly et al., (2023)	IPGDS, Zelfrapportage, Turks, Perzisch,	USA (848), Griekenland/Cyprus (202), Turkije/Iran (343), Vrouw: (76%),	KT: overall: α (0.92) Griekenland/Cyprus: α (0.96), USA: α (0.97), Iraans/Turks:	Niet gerapporteerd Het bewijs voor de	Een hogere score werd waargenomen bij jonge respondenten (vs.	Convergente validiteit: USA PHQ-9 (depressie) 0.54, GAD-7 (angst) 0.53,	Meet enkel PRS _{ICD-11} . Openbaar beschikbaar in

Grieks en Engels, ICD- 11	Universiteit of hoger (30%), Tijd sinds verlies: 6 tot 120 maanden, Oorzaak verlies: Natuurlijke dood (78.9%), ongeluk (10.2%), suïcide (6.1%), middelenmisbruik (3.1%), moord (1.5%), vermist (0.1%), Relatie met overledene: 1 ^e graads familielid (17.1%), grootouder (50,4%), Anders/vriend (32,5%).	α (0.95). THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor PRS_{ICD-11}. THB: Niet gerapporteerd.	interne structuur is niet gerapporteerd.	Oudere) en eerstegraads familieleden (vs. andere connectie). Er zijn geen significante verschillen tussen IPGDS scores en gender. Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden betreffende relatie met overledene* en tijd sinds verlies*.	ITQ (posttraumatische stress) 0.43, SSS-8 (somatische symptomen) 0.47, PG- 13 (persisterende rouwstoornis) 0.87. Griekenland/Cyprus: PHQ-9 (depressie) 0.55, GAD-7 (angst) 0.47, ITQ (posttraumatische stress) 0.48, SSS-8 (somatische symptomen) 0.51, PG- 13 (persisterende rouwstoornis) 0.90.	12 talen. Cultureel supplement toegevoegd.
---------------------------------	--	---	---	---	--	---

Turkije/Iran: PHQ-9
(depressie) 0.55,
GAD-7 (angst) 0.58,
ITQ (posttraumatische
stress) 0.37, SSS-8
(somatische
symptomen) 0.46, PG-
13 (persisterende
rouwstoornis) 0.88.

USA:

**Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund**

door sterke
correlaties tussen de
IPGDS en de PHQ-9,
de GAD-7 en de PG-
13 en door matige
correlaties tussen de
IPGDS en de ITQ en
de SSS-8.

Griekenland/Cyprus:

Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund
door sterke
correlaties tussen de
IPGDS en de PHQ-9,

de SSS-8 en de PG-13
en door matige
correlaties tussen de
IPGDS en de GAD-7
en ITQ.

Turkije/Iran:

Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund
door sterke
correlaties tussen de
IPGDS en de PHQ-9,
de GAD-7 en de PG-
13 en door matige
correlaties tussen de

**IPGDS en de ITQ en
de SSS-8.**

Killikelly et al., (2020)	IPGDS, Zelfrapportage, Duits en Mandarijn, ICD-11	Duitsland (539), Vrouw: (83.2%) anders (1.4%), Universiteit of hoger: (34.2%), Tijd sinds verlies: M=47.67 maanden, Oorzaak verlies: natuurlijk (72.3%), ongeluk/drugsgebruik (9.4%), suïcide/moord (18.3%), anders 0%, Relatie met overledene: partner (16.4%), kind (15.0%),	KT: Duitsland: Standard scale α (0.92) inclusief cultureel supplement α (0.96), China: Standard scale α (0.93) inclusief cultureel supplement α (0.97). THB: niet gerapporteerd.	Duitsland: EFA (1- factor) standard scale: alle factorladingen (behalve item 6) > 0.40. Model verklaart 48.8% van de variantie. EFA (4- factor) inclusief cultureel supplement: Model verklaart 57.6% van de variantie.	Duitse steekproef: Een hogere score werd waargenomen bij hoger opgeleiden (vs. lager opgeleiden), jonge respondenten (vs. Oudere). Er zijn geen significante verschillen tussen IPGDS-scores en gender.	Convergente validiteit: Duitsland: Standard scale: PHQ-9 (depressie) 0.67, GAD-7 (angst) 0.60, ITQ (posttraumatische stress) 0.54, SSS-8 (somatische symptomen) 0.46, ICG-R (persisterende rouwstoornis) 0.86.	Meet enkel PRS _{ICD-11} . Openbaar beschikbaar in 12 talen. Cultureel supplement toegevoegd.
---------------------------------	---	---	--	---	--	--	--

broer/zus (5.1%),			Chinese steekproef:	Inclusief cultureel
ouder (21.5%).			Een hogere score	supplement: PHQ-9
Grootouder (22.0%),	Het bewijs voor de	China: alle	werd waargenomen	(depressie) 0.79,
ander familielid	betrouwbaarheid	factorladingen >	bij lager opgeleiden	GAD-7 (angst) 0.68,
(7.9%), vriend	op basis van KT is	0.40. Model	(vs. hoger	ITQ (posttraumatische
(10.7%), anders (1.4%)	uitstekend voor	verklaart 52.2% van	opgeleiden) en	stress) 0.55, SSS-8
China (325), Vrouw	PRS_{ICD-11}. THB:	de variantie. EFA (3-	jongere	(somatische
(66.7%) anders (0.6%),	Niet gerapporteerd.	factor) inclusief	respondenten (vs.	symptomen) 0.51,
universiteit of hoger:		cultureel	oudere	ICG-R (persisterende
(80.4%), Oorzaak		supplement: Model	respondenten). Er	rouwstoornis) 0.92.
verlies: natuurlijk		verklaart 61.6% van	zijn geen	
(85.8%),		de variantie.	significante	
ongeluk/drugsgebruik			verschillen tussen	China: Standard scale:
(6.8%), suïcide/moord		Het bewijs voor de	IPGDS-scores en	PHQ-9 (depressie)
(3.7%), anders (4.3%),		interne structuur	gender.	0.68, GAD-7 (angst)
Relatie met		op basis van een		0.54, ITQ
overledene: partner		EFA is acceptabel		(posttraumatische
(4.3%), kind (2.8%),			Het bewijs voor	stress) 0.50, SSS-8
broer/zus (3.1%),			known-groups	(somatische

ouder (29.5%).

Grootouder (44.0%),

ander familielid

(10.2%), vriend

(5.5%), anders (0.6%).

validiteit is

gevonden

betreffende leeftijd

van de

nabestaande*. Er

is conflicterende

informatie

betreffende

opleidingsniveau

tussen beide

steekproeven.

symptomen) 0.48,

ICG-R (persisterende

rouwstoornis) 0.86.

Inclusief cultureel

supplement: : PHQ-9

(depressie) 0.78,

GAD-7 (angst) 0.62,

ITQ (posttraumatische

stress) 0.52, SSS-8

(somatische

symptomen) 0.54,

ICG-R (persisterende

rouwstoornis) 0.92.

Duitsland, Standard

scale:

Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund
door sterke
correlaties tussen de
IPGDS en de PHQ-9,
de GAD-7, de ITQ en
de ICG-R en door
matige correlaties
tussen de IPGDS en
de SSS-8.

Inclusief cultureel
supplement: Het
bewijs voor validiteit
gebaseerd op relaties

tussen andere
variabelen wordt
ondersteund door
sterke correlaties
tussen de IPGDS en
de PHQ-9, de GAD-7
en de ICG-R en door
matige correlaties
tussen de IPGDS en
de ITQ en de SSS-8.

China, Standard
scale:

Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund

door sterke
correlaties tussen de
IPGDS en de PHQ-9,
de GAD-7, en de
ICG-R en door een
matige correlaties
tussen de IPGDS en
de ITQ en de SSS-8.

Inclusief cultureel
supplement: Het
bewijs voor validiteit
gebaseerd op relaties
tussen andere
variabelen wordt
ondersteund door
sterke correlaties
tussen de IPGDS en

de PHQ-9, de GAD-7, de ITQ, de SSS-8 en de ICG-R.

Kokou-Kpolou et al., (2022)	TGI-SR+, Zelfrapportage, Frans, ICD-11 & DSM-5-TR	Frankrijk (220), Vrouw: (90.5%), Universitair of hoger: 74.1%, Tijd sinds verlies: M=26.47 maanden, Oorzaak verlies: Natuurlijk (86.2%), traumatisch (13.8%), missing data (0.9%), Relatie met overledene: Directe familie: (12.8%), uitgebreide familie	KT: PR_{ICD-11} : α (0.93) ω (0.95). Greatest lower bound (0.96). $PR_{DSM-5-TR}$: α (0.92) ω (0.95). Greatest lower bound (0.96), THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid	EFA (1-factor) PR_{ICD-11} : factorladingen van 0.55 tot 0.82. Model verklaart 56.70% van de variantie. EFA 1-factor $PR_{DSM-5-TR}$: factorladingen van 0.65 en 0.90. Model verklaart 60.48% van de variantie.	Een hogere score werd waargenomen bij lager opgeleiden (vs. hoger opgeleiden), respondenten die een eerstegraads familielid verloren (vs. andere familieleden en vrienden/kennissen), respondenten die een gewelddadig	Convergente validiteit: PR_{ICD-11} : PHQ-9 (depressie) 0.32, GAD-7 (angst) 0.41 IES-R (posttraumatische stress) 0.40. $PR_{DSM-5-TR}$: PHQ-9 (depressie) 0.29, GAD-7 (angst) 0.36, IES-R	Meet zowel PR_{ICD-11} als $PR_{DSM-5-TR}$. Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Nederlands.
-----------------------------	---	--	--	--	--	--	--

(75.7%), vrienden	op basis van KT is	verlies hebben	(posttraumatische
(11.5%), missing data	uitstekend voor	meegemaakt (vs.	stress) 0.37.
(0.9%).	zowel PRS_{ICD-11} als	natuurlijke oorzaak)	
	PRS_{DSM-5-TR}. THB:	Het bewijs voor de	en mensen die een
	Niet gerapporteerd.	interne structuur	jonge dierbare
		op basis van een	hebben verloren (vs.
		EFA is uitstekend	een oudere). Er zijn
			geen significante
			verschillen
			gevonden tussen
		TGI-SR+ scores en	matige correlaties
		gender,	tussen de TGI-SR+
		professionele status,	en de PHQ-9, de IES-
		huwelijksstaat, tijd	R, en de GAD-7.
		sinds verlies en of	
		de persoon voor of	
		tijdens COVID-19	PRS_{DSM-5-TR}: Het
		overleden is.	bewijs voor validiteit
			gebaseerd op relaties

Het bewijs voor
known-groups
validiteit is
gevonden
betreffende
opleidingsniveau*,
oorzaak verlies*,
relatie met
overledene* en
leeftijd
overledene*.

tussen andere
variabelen wordt
ondersteund door
matige correlaties
tussen de TGI-SR+
en de IES-R, en de
GAD-7 en een
zwakke correlatie
tussen de TGI-SR+
en de PHQ-9

Lenferink et al., (2022)	TGI-SR+, Zelfrapportage, Nederlands, ICD-11 & DSM-5-TR	Nederland [steekproef 1] (278), Vrouw: (92%), Universitair of hoger: (55%), Tijd sinds verlies: M=2.73 jaar, Oorzaak verlies:	KT: Steekproef 1: PRS _{ICD-11} : ω (0.92), PRS _{DSM-5-TR} : ω . (0.92) Steekproef 2: PRS _{ICD-11} : ω (0.93),	Steekproef 1: CFA (1-factor) PRS _{ICD-11} correlated errors: RMSEA: 0.10 (onacceptabel)	Steekproef 1: Een hogere score werd waargenomen bij lager opgeleiden (vs. hoger opgeleiden),	Convergente validiteit: Steekproef 1: PRS _{ICD-11} : QIDS-SR (depressie) 0.61,	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} .
--------------------------------	--	--	---	--	---	--	--

Natuurlijk (75%), suicide (17%), ongeluk (8%), moord (1%), Relatie met overledene: partner (45%), kind (13%), ouder (27%), broer of zus (10%), anders (5%). Nederland [steekproef 2] (270), Vrouw: (75%), Universiteit of hoger: (42%), Tijd sinds verlies: M=4.79 jaar, Oorzaak verlies: ongeluk (100%), Relatie met	PRSDSM-5-TR: ω (0.92). THB: PRS _{ICD-11} : r (0.77), PRSDSM-5-TR: r (0.78). Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor zowel PRS_{ICD-11} als PRSDSM-5-TR. THB: Uitstekend.	CFI: 0.93 (acceptabel) TLI: 0.91 (acceptabel) SRMR: 0.05 (acceptabel). PRSDSM-5-TR: RMSEA: 0.12 (onacceptabel) CFI: 0.92 (acceptabel) TLI: 0.94 (acceptabel)	respondenten die meer recent een overlijden hebben meegemaakt (vs. langer geleden), respondenten die een partner of kind verloren (vs. andere naaste) en respondenten die een gewelddadig verlies hebben meegemaakt (vs. natuurlijk overlijden) op zowel PRS _{ICD-11} als PRSDSM-5-TR. Er zijn enkel bij PRSDSM-5- TR hogere scores	PRSDSM-5-TR: QIDS-SR (depressie) 0.60. Steekproef 2: PRS _{ICD-11} : QIDS-SR (depressie) 0.61, PCL- 5 (posttraumatische stress) 0.77 PRSDSM-5- TR: QIDS-SR (depressie) 0.67, PRSDSM-5-TR: PCL-5 (posttraumatische stress) 0.75, QIDS-SR (depressie) 0.68. Het bewijs voor validiteit gebaseerd
---	--	--	--	---

overledene: partner (22%), kind (39%), ouder (14%), broer of zus (17%), anders (9%).	SRMR: 0.04 (uitstekend). Steekproef 2: CFA (1-factor) PRS _{ICD-11} : RMSEA: 0.10 (onacceptabel) CFI: 0.92 (acceptabel) TLI: 0.90 (onacceptabel) SRMR: 0.05 (acceptabel). PRS _{DSM-5-TR} :	door vrouwen waargenomen. Steekproef 2: Een hogere score werd waargenomen bij lager opgeleiden (vs. hoger opgeleiden), respondenten die meer recent een overlijden hebben meegemaakt (vs. langer geleden) en respondenten die een partner of kind verloren (vs. andere naaste) op zowel	op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund door sterke correlaties tussen de TGI-SR+ en de QIDS-R en de PCL- 5.
--	---	---	--

RMSEA: 0.09	PRSI _{ICD-11} als
(acceptabel)	PRSI _{DSM-5-TR} . Er zijn
CFI: 0.95	geen
(acceptabel)	genderverschillen
TLI: 0.94	gevonden.
(acceptabel)	
SRMR: 0.04	Het bewijs voor
(uitstekend).	known-groups
	validiteit is
	gevonden
	betreffende
Het bewijs voor de	opleidingsniveau*,
interne structuur	tijd sinds verlies*,
op basis van een 1-	oorzaak verlies* en
factor model is	relatie met
gemengd voor	overledene*.
zowel PRSI_{ICD-11} als	
PRSI_{DSM-5-TR}.	

Lenferink et al., (2023)	TGI-CA, gestructureerd klinisch interview, Nederlands, Duits, ICD-11 & DSM-5-TR	Nederland (211), Vrouw: (81%), Universitair of hoger: (55.5%), Tijd sinds verlies: M=5.28 jaar, Oorzaak verlies: natuurlijk (78.2%), suïcide (15.2%), ongeluk (4.3%), moord (0.5%), anders (1.9%), Relatie met overledene: partner (30.3%), kind (7.6%), ouder (29.9%), broer/zus (1.9%), grootouder (18.5%), vriend (5.2%), anders	PRSDSM-5-TR: ω (0.89). THB: PRS _{ICD-11} : r (0.81), PRSDSM-5-TR: r (0.82). Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is acceptabel voor PRS_{ICD-11} en goed voor PRSDSM-5-TR. THB: Uitstekend.	CFA (1-factor) PRS _{ICD-11} correlated errors: RMSEA: 0.072 (acceptabel) CFI: 0.93 (acceptabel) TLI: 0.91 (acceptabel) SRMR: 0.05 (acceptabel). PRSDSM-5-TR:	Een hogere score werd waargenomen bij vrouwen (vs. mannen) respondenten die meer recent een overlijden hebben meegemaakt (vs. langer geleden) en respondenten die een partner of kind verloren (vs. andere naaste) en respondenten die een gewelddadig verlies hebben meegemaakt (vs. natuurlijk	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRSDSM-5-TR. Door clinicus afgenomen.
--------------------------------	---	---	---	--	---	--

(6.6%).	RMSEA:	overlijden) op zowel
	0.068(onacceptabel)	PRSID-11 als
	CFI: 0.95	PRSDSM-5-TR. Er is
Duitsland (211),	(acceptabel)	geen verband
Vrouw: (81.5%),		gevonden tussen
Universiteit of hoger:	TLI: 0.93	opleidingsniveau en
(44.6%), Tijd sinds	(acceptabel)	PRS niveaus.
verlies: M=7.2 jaar,	SRMR: 0.044	
Oorzaak verlies:	(uitstekend).	
natuurlijk (76.1%),		
suïcide (11.3%),		
ongeluk (8.1%), moord		
(0.9%), anders (3.6%)		
Relatie met		
overledene: partner		
(24.8%), kind (15.8%),		
ouder (30.2%),		
broer/zus (5.4%),		
grootouder (15.3%),		
		Het bewijs voor
	Het bewijs voor de	known-groups
	interne structuur	validiteit is
	op basis van een 1-	gevonden
	factor model is	betreffende
	acceptabel voor	gender*, tijd sinds
	PRSID-11 en	verlies*, oorzaak
	gemengd. Voor	
	PRSDSM-5-TR.	

vriend (3.6%), anders
(5.0%).

**verlies* en relatie
met overledene*.**

Lenferink et al., 2024	TGI-SR+, Zelfrapportage, Noors, ICD-11 & DSM-5-TR	Noorwegen (307), Vrouw: (90.2%), Universitair of hoger: (69.7%), Tijd sinds verlies: M=54.57 maanden, Oorzaak verlies: suïcide (34.9%), doodgeboorte (24,8%), acute ziekte (11.4%), kindersterfte	KT: PRS _{ICD-11} ω (0,92), PRS _{DSM-5-TR} ω (0,92), THB: Niet gerapporteerd.	11: RMSEA: 0.083 (acceptabel) CFI: 0.93 (acceptabel) TLI: 0.92 (acceptabel)	ICD-11 PRS: geen verschil tussen mannen en vrouwen. Significant verschil tussen universitair opgeleid en lager opgeleid. Geen verschil tussen nabestaande ouders	Convergente validiteit: PRS _{ICD-11} correleert met PHQ-9 (depressie) 0.60, PCL- 5 (posttraumatische stress) 0.75, PG-13 (persisterende rouwstoornis) 0.83. PRS _{DSM-5-TR} correleert met PHQ-9	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Noors.
---------------------------	--	--	---	---	---	--	---

**Het bewijs voor
de**

(9.4%), ongeluk (9.4%), moord (6.5%), plotselinge dood met onbekende oorzaak (3.6%), Relatie met overledene: kind (79.2%), stiefkind (0.3%), broer/zus (19.9%), stiefbroer of stiefzus (0.7%)	betrouwbaarheid op basis van KT is uitstekend voor zowel PRSiCD-11 als PRSDSM-5-TR. THB: Niet gerapporteerd.	SRMR: 0.043 (uitstekend) CFA (1-factor) PRSDSM-5-TR: RMSEA: 0.094 (acceptabel) CFI: 0.95 (uitstekend) TLI: 0.93 (acceptabel) SRMR: 0.039 (uitstekend) Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-factor model is acceptabel	en broertjes/zusjes. Significant negatief verband gevonden met tijd sinds verlies. DSM-5-TR PRS: Vrouwen scoren significant hoger dan mannen. Significant verschil tussen universitair opgeleid en lager opgeleid. Geen verschil tussen nabestaande ouders en broertjes/zusjes. Significant negatief verband gevonden met tijd sinds verlies	(depressie) 0.63, PCL- 5 (posttraumatische stress) 0.76, PG-13 (persisterende rouwstoornis) 0.84. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund door sterke correlaties met PHQ- 9, PCL-5 en PG-13 voor zowel PRSiCD-11 als PRSDSM-5-TR.
--	---	---	--	--

voor zowel PRS_{ICD-11}

als PRS_{DSM-5-TR}.

Het bewijs voor

known-groups

validiteit voor

PRS_{ICD-11} is

gevonden

betreffende

opleidingsniveau*,

tijd sinds verlies*.

Het bewijs voor

known-groups

validiteit voor

PRS_{DSM-5-TR} is

gevonden

betreffende

Geslacht*,

				opleidingsniveau*, tijd sinds verlies*.			
Lenferink et al., 2024	TGI-SR+, Zelfrapportage, Zweeds, ICD- 11 & DSM-5- TR	Zweden (248), Vrouw: (80.2%), Universitair of hoger: (55.6%), Tijd sinds verlies: M=57.93 maanden, Oorzaak verlies: kanker (50.4%), doodgeboren (11.3%), kindersterfte (onder 1 jaar) (10.9%), ongeluk (10.9%), mentale gezondheidsproblemen (7.7%), andere stoornissen (7.3%), andere oorzaken (1.2%), onbekend (0.4%) Relatie met overledene: dochter	KT: PRS _{ICD-11} ω (0,91), IIC (tussen 0.25 en 0.97), PRS _{DSM-5-TR} ω (0,90), IIC (tussen 0.23 en 0.67), THB: niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is gemengd voor zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR}.	CFA (1-factor) PRS _{ICD-11} : RMSEA: 0.098 (acceptabel) CFI: 0.92 (acceptabel) TLI: 0.90 (acceptabel) SRMR: 0.052 (acceptabel) CFA (1-factor) PRS _{DSM-5-TR} : RMSEA: 0.097 (acceptabel)	PRS _{ICD-11} : geen significant verschil tussen mannen en vrouwen. Significant verschil tussen universitair opgeleid en lager opgeleid. Significant negatief verband gevonden met tijd sinds verlies. PRS _{DSM-5-TR} : geen significant verschil tussen mannen en vrouwen. Significant verschil	Convergente validiteit: PRS _{DSM-5-TR} correleert met PHQ-9 (depressie) 0.68, PCL- 5 (posttraumatische stress) 0.81, PG-13 (persisterende rouwstoornis) 0.81. PRS _{ICD-11} correleert met PHQ-9 (depressie) 0.67, PCL-5 (posttraumatische stress) 0.81, PG-13	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} . Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Zweeds.

(39.5%), zoon (58,5%), non-binair (0.4%), onbekend 4 (1.6%)	THB: Niet gerapporteerd.	CFI: 0.93 (acceptabel) TLI: 0.91 (acceptabel) SRMR: 0.046 (uitstekend)	tussen universitair opgeleid en lager opgeleid. Significant negatief verband gevonden met tijd sinds verlies.	(persisterende rouwstoornis) 0.82. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund door sterke correlaties met PHQ- 9, PCL-5 en PG-13 voor zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR}.
		Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-factor model is acceptabel voor zowel PRS_{ICD-11} als PRS_{DSM-5-TR}.	Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden voor PRS_{ICD-11} betreffende Geslacht, opleidingsniveau*, tijd sinds verlies*.	

					Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden voor PRSDSM-5-TR betreffende Geslacht, opleidingsniveau*, tijd sinds verlies*.		
Mirhosseini et al., 2024	PG-13-R, Zelfrapportage, Perzisch, DSM-5-TR	Iran (300), Vrouw: (62.3%), Universitair of hoger: (68%), Tijd sinds verlies: M=38.06 jaren, Oorzaak verlies: cardiovasculaire aandoeningen (42.7%), luchtwegaandoeningen	KT: α (0.94), ω (0.94), ICC (0.93), THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de	CFA (1-factor): RMSEA: 0.106 (onacceptabel) CFI: 0.950 (acceptabel) PCFI: 0.697 (acceptabel)	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet openbaar beschikbaar
					Het bewijs voor known-groups validiteit is niet gerapporteerd.	Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen is niet gerapporteerd.	

(13.0%), neurologische	betrouwbaarheid	PNIF: 0.687
aandoeningen (4.7%),	op basis van KT	(acceptabel)
kanker (19%), trauma	is gemengd als	IFI: 0.950 (acceptabel)
(13.3%), suïcide	we ICC 0.75 als	
(2.0%), gastro-	acceptabel	GFI: 0.909
intestinale	beschouwen	(acceptabel)
aandoeningen (5.3%)	anders is het	AGFI: 0.848
Relatie met overledene:	namelijk	(acceptabel)
ouder (16.7%), kind	uitstekend.	PGFI: 0.545
(40.0%), broer of zus		(acceptabel)
(15.0), partner (5.0),		
groot ouder (10.0%),		
kleinkind (13.3%)		
	Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-factor model is gemengd.	

O'Connor et al., 2023	Aarhus PRS schaal, Zelfrapportage, Deens, ICD-11 & DSM-5-TR	Denemarken (349), Vrouw: (35%), Universitair of hoger: (42.1%), Tijd sinds verlies: M=3 jaar, Oorzaak verlies: n.v.t. Relatie met overledene: Partner (67.9%), ouder (31.5%), onbekend (0.6%)	KT: $PRS_{ICD-11} \alpha$ (0.88), $PRS_{DSM-5-TR} \alpha$ (0.90), THB: $r \geq 0.59$	CFA (2-factor) PRS_{ICD-11} : RMSEA: 0.069 (acceptabel) CFI: 0.878 (onacceptabel) TLI: 0.843 (onacceptabel) SRMR: 0.054 (acceptabel)	Niet gerapporteerd.	Verkeerd gerapporteerd	Meet zowel PRS_{ICD-11} als $PRS_{DSM-5-TR}$. Openbaar beschikbaar in het Engels
			Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is acceptabel voor PRS_{ICD-11} en acceptabel voor $PRS_{DSM-5-TR}$. THB: Uitstekend.	CFA (3-factor) $PRS_{DSM-5-TR}$: RMSEA: 0.048 (uitstekend)	Het bewijs voor known-groups validiteit is niet gerapporteerd.	Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt gerapporteerd maar correspondeert niet met de getoonde tabel.	

CFI: 0.951

(uitstekend)

TLI: 0.927

(acceptabel)

SRMR: 0.038

(uitstekend)

**Het bewijs voor de
interne structuur op
basis van een 2-factor
model is gemengd.**

**Het bewijs voor de
interne structuur op
basis van een 3-factor
model is acceptabel.**

Prigerson et al., 2021	PG-13-R, Zelfrapportage, Engels, DSM- 5-TR	Yale (270), Vrouw: (75.1%), Universitair of hoger: niet gerapporteerd, Tijd sinds verlies: M=16.7 maanden, Oorzaak verlies: Relatie met overledene: partner (83.6%), anders (16.4%). Utrecht (239): Vrouw (73.3%), Universitair of hoger (37.3%) Tijd sinds verlies: M=16.3 maanden, Oorzaak verlies: natuurlijk	KT: Niet gerapporteerd THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid is niet gerapporteerd.	Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-factor model is niet gerapporteerd.	Niet gerapporteerd. Het bewijs voor known-groups validiteit is niet gerapporteerd.	Niet gerapporteerd. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen is niet gerapporteerd	Openbaar beschikbaar In het Engels. Geen sprake van validatieonderzoek (gebruik onjuiste data).
---------------------------	---	---	--	---	--	---	---

(92.6%), onnatuurlijk
 (7.4%) Relatie met
 overledene: partner
 (78.5%), anders
 (21.5%). Oxford (672):
 Vrouw (79.1%),
 Universitair of hoger
 (77.0%) Tijd sinds
 verlies: M=14.1
 maanden, Oorzaak
 verlies: natuurlijk
 (91.2%), onnatuurlijk
 (8.8%), Relatie met
 overledene: partner
 (29.7%), anders
 (70.3%)

Redican et al., 2024	IGQ-CG, Other report,	Oekraïne (277), Vrouw: niet gerapporteerd, Universitair of hoger:	KT: Composite reliability: Core CR (0.88),	CFA (2-factor):	PRS-symptomen waren significant hoger bij recenter	Convergente validiteit: Kern symptomen correleren	Niet openbaar beschikbaar.
----------------------	--------------------------	---	--	-----------------	--	---	-------------------------------

Oekraïens,	niet gerapporteerd, Tijd	Associated CR	RMSEA: 0.100	verlies. Ook hogere	met IDQ-CG
ICD-11	sinds verlies: minder	(0.60) & All scale	(onacceptabel)	scores op PRS bij	(depressie) 0,22, IAQ-
	dan 6 maanden tot meer	items CR (0.89),	CFI: 0.980	meer contact met	CG (angst) 0.28, PSC-
	dan 10 jaar maanden,	THB: Niet	(uitstekend)	de overledenen	17 (internaliserende
	Oorzaak verlies: niet	gerapporteerd.	TLI: 0.951	voor het overlijden	problemen subschaal)
	gerapporteerd. Relatie		(uitstekend)	en verlies van een	0.24, PSC-17
	met overledene: ouder			goed vriend.	(externaliserende
	(7.6%), broer of zus	Het bewijs voor	SRMR: 0.17		problemen subschaal)
	(2.5%), grootouder	de	(onacceptabel)		0.09 en PSC-17
	(91.0%), oom of tante	betrouwbaarheid		Het bewijs voor	(attentional problems
	(17.0%), neef of nicht	op basis van KT		known-groups	subschaal) 0.21.
	(1.8%), goed vriend	is gemengd.	Het bewijs voor de	validiteit is	
	(6.1%), anders (11.6%)	THB: Niet	interne structuur op	gevonden	
		gerapporteerd.	basis van een 2-factor	betreffende tijd	Accessoire
			model is gemengd.	sinds verlies*,	symptomen correleren
				mate van contact	met IDQ-CG
				met overledene*,	(depressie) 0,35, IAQ-
				relatie tot de	CG (angst) 0.36, PSC-
				overledene*.	17 (internaliserende

problemen subschaal)

0.36, PSC-17

(externaliserende

problemen subschaal)

0.13 en PSC-17

(attentional problems

subschaal) 0.14.

Het bewijs voor

validiteit gebaseerd

op relaties tussen

andere variabelen

wordt ondersteund

door zwakker tot

matige correlaties

met IDQ-CG IAQ-

CG, PSC-17 voor

						zowel de kern symptomen als de accessoire symptomen.	
Rueger et al., 2024	I-PGD-11, Duits, ICD-11	Duitsland (101), Vrouw: (45.5%), Universitair of hoger: niet gerapporteerd, Tijd sinds verlies: M=11.06 jaren, Oorzaak verlies: natuurlijk (79%), onnatuurlijk (21%) Relatie met overledene: kind (3%), partner (10%), ouder (39%), anders (49%)	KT: α (0.89), ω (0.92), ICC (0.99), THB: Niet gerapporteerd. Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is acceptabel. THB: Niet gerapporteerd.	EFA (1-factor): 41.91% verklaarde variantie Het bewijs voor de interne structuur op basis van een 1-factor model is: ontoereikend op basis van chatgpt.	Known-groups validiteit: significant hogere scores voor vrouwen, voor mensen die minder dan 12 jaar op school hadden gezet, die een kind of een partner hadden verloren, onnatuurlijke of onverwachte dood.	Convergente validiteit: de I- PRS- 11 correleert met de IPGDS (persisterende rouwstoornis) 0.86 en de PG-13-R (persisterende rouwstoornis) 0.90. Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen wordt ondersteund	Niet openbaar beschikbaar.

**Het bewijs voor
known-groups
validiteit is
gevonden
betreffende
geslacht*,
educatie*, relatie
tot de overledene*,
oorzaak verlies*.**

Tang et al., 2024	TGI-SR+, Zelfrapportage, Chinees, ICD- 11 & DSM-5- TR	China (443), Vrouw: (60.0%), Universitair of hoger: niet gerapporteerd, Tijd sinds verlies: M=65.65 maanden, Oorzaak verlies: COVID-19 (45%), chronische	KT: PRS _{ICD-11} α (0,92), PRS _{DSM-5- TR} α (0,90), THB: Niet gerapporteerd.	CFA (2-factor) PRS _{ICD- 11} : RMSEA: 0.09 (acceptabel) CFI: 0.94 (acceptabel) TLI: 0.92 (acceptabel)	Known-groups validiteit voor zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} : hogere scores voor mannen, wanneer het verlies minder dan 12 maanden	Convergente validiteit: correlatie tussen PRS _{ICD-11} en HADS-D (depressie) 0.61, HADS-A (angst) 0.62, PCL-5 (posttraumatische stress) 0.66, IPGDS	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} . Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Chinees.
----------------------	---	---	--	--	--	---	---

ziekte (28%), acute	Het bewijs voor	SRMR: 0.06	geleden is, als het	(persisterende
ziekte (anders dan	de	(acceptabel)	overlijden door	rouwstoornis) 0.98.
COVID-19) (16%),	betrouwbaarheid		COVID-19 kwam,	
ongeluk (6%),	op basis van KT		eerstegraads	
ouderdom (3%), suïcide	is uitstekend	CFA (2-factor)	bekenden verloren.	Correlatie tussen
(2%) Relatie met	voor PRS_{ICD-11} en	PRS _{DSM-5-TR} :	Geen verschillen	PRS _{DSM-5-TR} en
overledene: Ouder	acceptabel voor	RMSEA: 0.10	gevonden op basis	HADS-D (depressie)
(39%), partner (15%),	PRS_{DSM-5-TR}.	(onacceptabel)	van religie,	0.62, HADS-A (angst)
broer of zus (4%), kind	THB: Niet		educatie en	0.62, PCL-5
(3%), grootouder	gerapporteerd.	CFI: 0.94 (acceptabel)	oorzaak van	(posttraumatische
(22%), vriend (10%),		TLI: 0.92 (acceptabel)	overlijden.	stress) 0.65, IPGDS
anders (6%), niet				(persisterende
gespecificeerd (1%)		SRMR: 0.06		rouwstoornis) 0.97.
		(acceptabel)	Het bewijs voor	Het bewijs voor
			known-groups	validiteit gebaseerd
			validiteit	op relaties tussen
	Het bewijs voor de		gevonden voor	andere variabelen
	interne structuur op		zowel PRS_{ICD-11} en	wordt ondersteund
	basis van een 2-factor		PRS_{DSM-5-TR}	door sterke
	model is acceptabel			

				voor PRS _{ICD-11} en gemengd voor PRS _{DSM-5-TR} .	betreffende geslacht*, tijd sinds verlies*, oorzaak overlijden*, relatie tot de overledene*.	correlaties met HADS-D, HADS-A, PCL-5 en IPGDS voor zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} .	
Treml et al., 2024	TGI-SR+, Zelfrapportage, Duits, ICD-11 & DSM-5-TR	Duitsland (1054), Vrouw: (55.6%), Universitair of hoger: niet gerapporteerd, Tijd sinds verlies: M=103.35 maanden, Oorzaak verlies: natuurlijke plotselinge dood (46.6%), langdurige ziekte (36.8%), COVID-19 (3.2%), ongeluk (9.1%), suïcide	KT: PRS _{ICD-11} ω (0,97), PRS _{DSM-5- TR} ω (0,97), THB: Niet gerapporteerd.	CFA (alternatieve 2- factor) PRS _{ICD-11} : RMSEA: 0.102 (onacceptabel) CFI: 0.978 (uitstekend) TLI: 0.983 (uitstekend) SRMR: 0.050 (acceptabel)	Known-groups validiteit: hogere score op zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} bij vrouwen, lager opgeleid, recenter iemand verloren, verlies van partner of kind en bij verlies door suicide, ongeluk of	Concurrente validiteit: De TGI-SR+ totaalscores correleren met de SF-36 (fysiek functioneren subschaal) 0,30, SF- 36 (fysieke rol subschaal) 0,31, SF- 36 (lichaamspijn subschaal) 0,29, SF- 36 (algemene	Meet zowel PRS _{ICD-11} als PRS _{DSM-5-TR} . Openbaar beschikbaar in 18 talen, waaronder Duits.

(1.7%), moord (0.2%),	voor zowel		moord. Allemaal	gezondheid subschaal)
anders (2.4%) Relatie	PRSI_{ICD-11} als		significante	0.31, SF-36 (vitaliteit
met overledene: partner	PRSDSM-5-TR.	CFA (alternatieve 2-	bevindingen.	subschaal) 0.33, SF-
(17.5%), kind (2.7%),	THB: Niet	factor) PRSDSM-5-TR:		36 (sociaal
ouder (41.1%), broer of	gerapporteerd.	RMSEA: 0.079		functioneren
zus (8.6%), ander		(acceptabel)	Het bewijs voor	subschaal) 0.41, SF-
familielid (19.9%),		CFI: 0.993	known-groups	36 (emotionele rol
vriend (10.3%)		(uitstekend)	validiteit is	subschaal) 0.37, SF-
		TLI: 0.991	gevonden	36 (mentale
		(uitstekend)	betreffende	gezondheid subschaal)
		SRMR: 0.030	geslacht*,	0.48.
		(uitstekend)	educatie*, tijd	
			sinds overlijden*,	
			relatie tot de	PRSI _{ICD-11} sum score
			overledene*,	correleren met de SF-
			oorzaak verlies*.	36: (fysiek
	Het bewijs voor de			functioneren
	interne structuur op			subschaal) 0.29 SF-36
	basis van een 2-factor			(fysieke rol subschaal)
	model is gemengd			

voor PRS_{ICD-11}

0.29, SF-36

acceptabel voor

(lichaamspijn

PRS_{DSM-5-TR}.

subschaal) 0.29, SF-

36 (algemene

gezondheid subschaal)

0.30, SF-36 (vitaliteit

subschaal) 0.31, SF-

36 (sociaal

functioneren

subschaal) 0.38, SF-

36 (emotionele rol

subschaal 0.35,

(mentale gezondheid

subschaal) 0.45.

PRS_{DSM-5-TR} sum

scores correleren met

de de SF-36 (fysiek

functioneren

subschaal) 0.30, SF-

36 (fysieke rol

subschaal) 0.30, SF-

36 (lichaamspijn

subschaal) 0.30, SF-

36 (algemene

gezondheid subschaal)

0.30, SF-36 (vitaliteit

subschaal) 0.31, SF-

36 (sociaal

functioneren

subschaal) 0.38, SF-

36 (emotionele rol

subschaal) 0.35, SF-

36 (mentale

gezondheid subschaal)

0.44.

**Het bewijs voor
validiteit gebaseerd
op relaties tussen
andere variabelen
wordt ondersteund
door zwakker tot
matige correlaties
met SF-36
subschalen voor
zowel TGI-SR+,
PRS_{ICD-11} en PRS<sub>DSM-
5-TR</sub>**

Yousefi et al., 2025	IPGDS, Zelfrapportage,	Iran (554), Vrouw: (58.6%), Universitair of hoger: (45.0%), Tijd sinds verlies: M=5.17	KT: α (0.96), ω (0.96), MICC ((acceptabel)	CFA (4-factor) IPGDS: RMSEA: 0.05	Known-groups validiteit voor zowel IPGDS als PRS _{ICD-11}	Convergente validiteit: correlatie tussen de IPGDS en PHQ-9 (depressie)	Niet openbaar beschikbaar.
-------------------------	---------------------------	---	---	--------------------------------------	---	--	-------------------------------

Perzisch, ICD-11	jaar, Oorzaak verlies: natuurlijke dood (77%), suïcide (12%), ongeluk (9%), moord (2%)	0.54), THB: Niet gerapporteerd.	CFI: 0.84 (onacceptabel)	metingen: hogere scores voor vrouwen, lager opgeleiden, verlies van een partner of kind of verlies door suïcide, ongeluk of moord. Geen significante resultaten	0.57, GAD-7 (angst) 0.53, PCL-5 (posttraumatische stress 0.66.
	Relatie met overledene: partner (19%), kind (21%), ouder (27%), broer of zus (11%), vriend (6%), uitgebreide familie (12), anders (4%)	Het bewijs voor de betrouwbaarheid op basis van KT is, THB: Niet gerapporteerd.	IFI: 0.93 (acceptabel)		Correlatie tussen de PRS _{ICD-11} totaalscores en PHQ-9 (depressie) 0.47, GAD-7 (angst) 0.46, PCL-5 (posttraumatische stress) 0.60.
			CFA (2-factor) PRS _{ICD-11} : RMSEA: 0.05 (acceptabel)		
			CFI: 0.96 (uitstekend)	Het bewijs voor known-groups validiteit is gevonden betreffende geslacht*, educatie*, relatie	Het bewijs voor validiteit gebaseerd op relaties tussen andere variabelen
			NFI: 0.94 (acceptabel)		
			IFI: 0.96 (acceptabel)		
			Het bewijs voor de interne structuur op		

basis van een 4-factor	tot de	wordt ondersteund
model is gemengd	overledene*,	door sterkte
voor IPGDS en	oorzaak verlies*.	correlaties met PHQ-
acceptabel voor		9, GAD-7 en PCL-5
PRSiCD-11.		voor IPGDS en
		matige tot sterke
		correlaties met PHQ-
		9, GAD-7 en PCL-5
		voor PRSiCD-11.

