

RISIKOFAKTORER FOR KOMPLICERET SORG

EN SYSTEMATISK GENNEMGANG AF DEN EMPIRISKE LITTERATUR

Stephanie Schönhoff¹, Kristine Højlund Nørgaard²,
Kristine Jensen de López³ & Kristine Kahr Nilsson⁴

Baggrund: Forskning i risikofaktorer for kompliceret sorg er et centralt anliggende i sorgpsykologien, da det har implikationer for forebyggende og tidlig indsats overfor særligt udsatte sørgende. Inden for sorgforskningen har forskellige typer af studier undersøgt faktorer, der relaterer sig til kompliceret sorg. Det er dog primært prospektive studier, som igennem etablering af en tidsmæssig sammenhæng kan give indsigt i risikofaktorer, bidrager til udvikling af kompliceret sorg. Nærværende review blev udført med det formål at afdække den eksisterende viden om risikofaktorer for kompliceret sorg igennem en systematisk gennemgang af den empiriske litteratur.

Metode: Søgninger efter relevante studier blev udført i databaserne PsycNET og PubMed. Relevante studier blev inkluderet, hvis de undersøgte mindst én risikofaktor for kompliceret sorg, anvendte et prospektivt forskningsdesign samt benyttede standardiserede assessmentmetoder til måling af kompliceret sorg.

Resultater: I alt blev 18 studier inkluderet. En syntese af disse studier viste, at risikofaktorer for kompliceret sorg relaterer sig til følgende temaer: involvering i sygdomsforløbet, mangel på social støtte i sygdomsforløbet, depression eller sorgsymptomer før tabet, oplevelsen af tabet som uventet eller traumatisk, relationen til afdøde, afhængighed til afdøde, usikker tilknyt-

-
- 1 Korresponderende forfatter, cand.psych., Det Nationale Sorgcenter/Børn, Unge & Sorg, Center for Developmental and Applied Psychological Science, Institut for Kommunikation og Psykologi. Aalborg Universitet E-mail: ssc@sorgcenter.dk.
 - 2 Cand.psych., Center for Developmental and Applied Psychological Science, Institut for Kommunikation og Psykologi. Aalborg Universitet.
 - 3 Professor i udviklingspsykologi, cand.psych., ph.d. ved Institut for Kommunikation og Psykologi, leder af Børnesprogklinikken og Center for Developmental & Applied Psychological Science, Aalborg Universitet. E-mail: kristine@hum.aau.dk.
 - 4 Lektor i udviklingspsykopatologi, cand.psych., ph.d. ved Institut for Kommunikation og Psykologi, Center for Developmental & Applied Psychological Science, Aalborg Universitet. E-mail: kkn@hum.aau.dk.

ning, uvirkelighedsfølelse, rumination og oplevelsen af tabet som centralt for den sørgendes identitet og livshistorie.

Konklusion: *Nærværende gennemgang af den empiriske litteratur giver indblik i hvilke sørgende, der særligt er i risiko for at udvikle kompliceret sorg. Denne viden kan bidrage til muligheden for en tidlig opsporing af udsatte sørgende, som potentielt vil kunne profitere af psykologiske behandlingsformer.*

1. Introduktion

Sorg er, for de fleste mennesker, et uundgåeligt livsvilkår og kan ses som en vidnesbyrd om den betydning, de mistede har haft. Et emne, som længe har optaget forskere såvel som praktikere inden for sorgpsykologien, er, hvornår en sorgproces er tilstrækkelig invaliderende til at kunne klassificeres som patologisk (Mogensen & Engelbrekt, 2013; Wittouck, van Autreve, Jaegere, Portzky, & van Heering, 2010). Dette skel har vist sig vanskeligt, fordi sorg som udgangspunkt er en naturlig og forventelig reaktion på at miste en nærtstående, og derfor ikke i sig selv bør sygeliggøres (Guldin, 2014). Endvidere kan det være vanskeligt at afgrænse psykiske reaktioner, der er sorgbetingede, fra de, der er betingede af andre årsager (Jordan & Litz, 2014).

Inden for sorgforskningen veksles der hovedsageligt mellem betegnelserne *vedvarende sorglidelse* (bl.a. fremført af Prigerson, Horowitz, & Jacobs, 2009; Maercker et al., 2013) og *kompliceret sorg* (bl.a. fremført af Shear et al., 2011) til at beskrive den sorg, som ikke er naturligt aftagende. Vedvarende sorglidelse er forsøgt og forsøges indført som selvstændig diagnose i henholdsvis DSM-5 og den kommende ICD-11. I forhold til psykopatologiforståelsen minder de to begreber meget om hinanden og indeholder begge et kriterium om væsentlig funktionsnedsættelse i dagligdagen samt et varighedskriterium på minimum seks måneder efter tabet. Det samlede symptom-billede er mangefacetteret, men kan eksempelvis være kendetegnet ved separationsangst over adskillelse fra den afdøde, fornægtelse af tabet, ingen gradvis reduktion af følelsesmæssige intensitet forbundet med tabet efter dødsfaldet, isolationstendens, ændring i appetit/søvn mønster samt påtrængende minder om afdøde (Guldin, 2014; Prigerson et al. 2009). Det Nationale Sorgcenter definerer kompliceret sorg (KS) som et paraplybegreb, der dækker bredt over negative helbredsudfald udløst af reaktioner på tabet af en nærtstående (se også Larsen, Lauritzen, & O'Connor, 2019), hvorfor indeværende artikel vil anvende denne betegnelse fremadrettet.

Risikofaktorer for udviklingen af kompliceret sorg

Som beskrevet er det forsat en udfordring at identificere komplicerede sorgreaktioner og udpege sørgende, som er i højrisikogruppe for at lide en lang og invaliderende sorgproces. Et centralt anliggende i sorgforskningen er derfor at tilvejebringe viden om risikofaktorer for KS, da denne viden på sigt kan danne grundlag for forebyggende indsatser (Coughlan et al., 2013; Guldin 2014). I overensstemmelse med WHO (World Health Organization, 2018) defineres en risikofaktor som en faktor, der øger sandsynligheden for en given sygdom eller helbredsudfald. I denne artikel er det pågældende udfald KS, som til trods for dets uklare status som psykisk lidelse i høj grad må betragtes som et psykisk helbredsudfald. Som definitionen indikerer, er der således tale om en faktor, der formodes at have en kausal indvirkning (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen, 2007).

Resultater fra tidligere reviews, har fremhævet en række faktorer, der potentielt har betydning for udviklingen af KS. Blandt disse er eksempelvis en traumatisk dødsårsag, oplevelsen af manglende social støtte, maladaptiv tænkning (rumination, negativt verdenssyn), anden psykopatologi (f.eks. angst eller depression), afhængighed af afdøde samt usikker tilknytningsstil (Burke & Neimeyer, 2013; Lobb et al., 2010; Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006). Som ved andre psykologisk invaliderende helbredsudfald spiller sociodemografiske faktorer potentielt også en rolle i KS. Studier har fundet, at det at have en lav socioøkonomisk status, at være kvinde samt enten lav eller høj alder er associeret med KS (Burke & Neimeyer, 2013; Lobb et al. 2010). Disse reviews er dog ikke konsistente i deres metodologiske perspektiv på, hvornår en given variabel vil kunne karakteriseres som en risikofaktor. Selvom både tværsnitsstudier og prospektive studier (f.eks. longitudinelle studier) kan give indsigt i associationer mellem variabler, er det kun sidstnævnte design, der kan give indblik i den kausale retning, da dette indeholder oplysninger om variabernes tidsmæssige sekvens i forhold til hvilke, der går forud for andre (f.eks. Edwards & Bagozzi, 2000). Ved tværsnitsstudier kan det eksempelvis ikke udledes, hvorvidt en given variabel, som er associeret med KS, bidrager til udviklingen af KS eller blot er en afledt konsekvens heraf. Denne problematik adresseres blandt andet af Burke og Neimeyer (2013), der peger på, at sorgforskningen i risikofaktorer generelt ikke har taget tilstrækkelig stilling til den prædikative kvalitet af deres resultater. I forskningen inden for KS er det derfor kun studier, der anvender et prospektivt design, som kan demonstrere, at en potentiel risikofaktor går forud for KS og dermed kan formodes at have en kausal betydning.

På baggrund af ovenstående er formålet med nærværende gennemgang af litteraturen at kortlægge og syntetisere den eksisterende forskning i prospektive risikofaktorer, der med deres tilstedeværelse øger sandsynligheden for en kompliceret sorgproces. Selvom resultaterne fra de tre nævnte reviews (Burke & Neimeyer, 2013; Lobb et al., 2010; Stroebe et al., 2006) er særde-

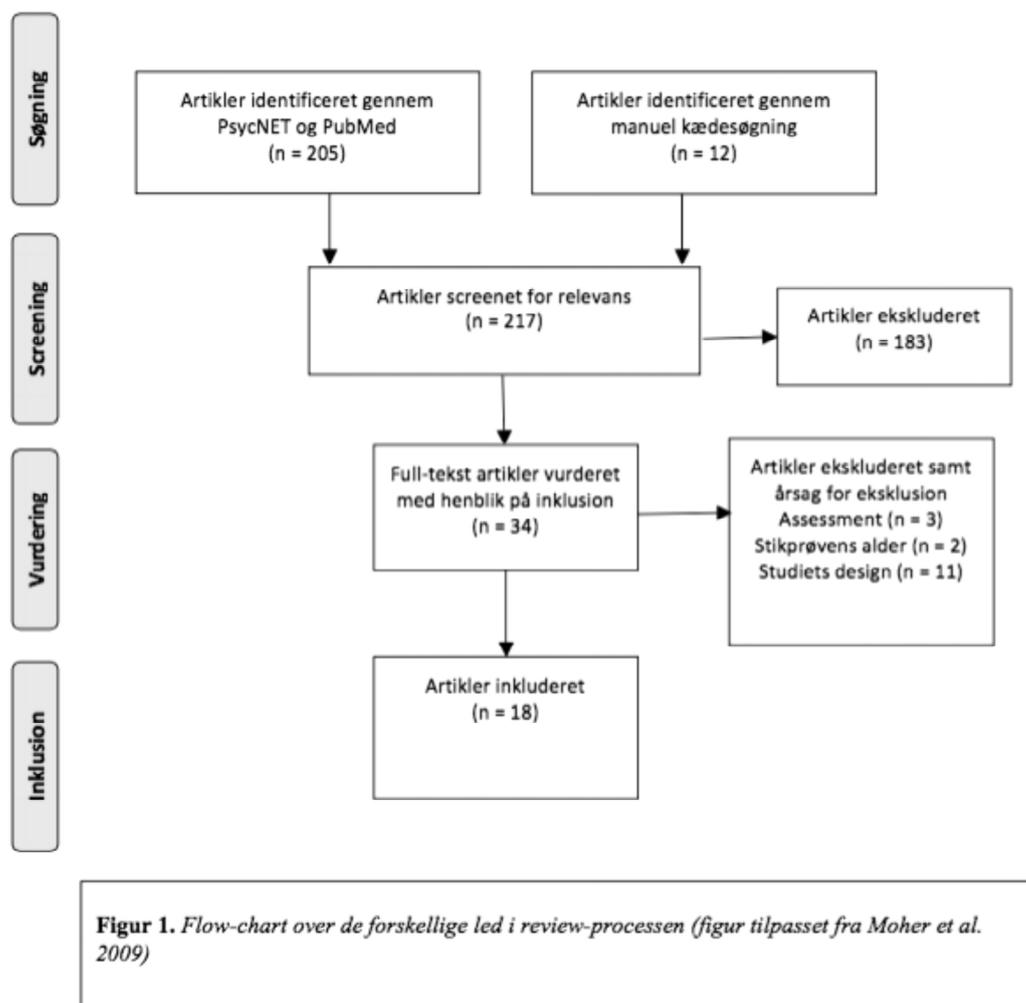
les informative, mangler der et opdateret overblik, der inkluderer de seneste års forskning, men også afgrænser sig specifikt til de prospektive risikofaktorer for KS. Endvidere bidrager øget viden om risikofaktorer til etableringen af kliniske retningslinjer for praktikere, hvilket kan medvirke til en tidlig opsporing af udsatte sørgende.

2. Metode

Forud for søgningen efter relevante studier blev en række beslutninger om in- og eksklusionskriterier truffet. Et kriterie var, at studierne skulle undersøge KS og mindst en risikofaktor for udviklingen heraf. Derudover var et andet kriterie, at studierne skulle anvende standardiserede måleinstrumenter i undersøgelsen af KS, som eksempelvis *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson et al., 1995) eller *Prolonged Grief-13* (PG-13; Prigerson et al., 2009). I overensstemmelse med det metodologiske rationale for den systematiske gennemgang af empirien, var et tredje kriterie endvidere, at studierne anvendte et prospektivt forskningsdesign, hvor målingen af risikofaktoren gik forud for målingen af KS med et længere tidsinterval imellem disse målinger. Det vil sige, at tværnsnitstudier og retrospektive studier blev ekskluderet. Yderligere var et fjerde kriterie, at studierne undersøgte et tab relateret til mennesker, som havde været levendefødt. Det betød, at studier, der målte KS som følge af spontan abort eller forsterdød, ikke blev inkluderet. Selvom sidstnævnte har sin berettigelse inden for sorgforskningen, er genstandsområdet så markant anderledes end de øvrige studier på området, at afgrænsningen synes passende. Det femte og sidste inklusionskriterie indebar, at studierne sample skulle bestå af voksne deltagere med en gennemsnitsalder på over 19 år i overensstemmelse med den nedre grænse for voksenalder (World Health Organization, 2018). Denne beslutning blev truffet, dels fordi sorgsymptomer manifesterer sig anderledes hos børn og unge, men også fordi der ikke er enighed om operationaliseringen af KS i disse yngre aldersgrupper (Dyregrov, 2008; Dyregrov & Dyregrov, 2013).

Databasesøgningerne blev afgrænset til prospektive studier med stikprøver bestående af voksne mennesker, men ingen begrænsninger blev anvendt i forhold til udgivelsesår, nationalitet eller kultur. Som en kvalitetssikring blev screening af artikelabstracts udført af to af forfatterne, og gennemlæsning af fuldtekst-databaser udført af tre af forfatterne. Det var et kriterie, at alle forfatterne var enige i, at et givent studie mødte in- og eksklusionskriterierne, før beslutning om inklusion blev truffet. Ved uenighed blev beslutningen truffet på baggrund af konsensus mellem forfatterne. Databaserne PubMed og PsycNET (herunder: PsycINFO, PsycCRITIQUES og PsycARTICLES) blev anvendt i de elektroniske søgninger, som fandt sted frem til den 20.04.2018. Følgende ord blev anvendt som konceptuelt overlappende søgetermer i den endelige søgekombination i de to databaser: (Complicated

grief OR Prolonged grief OR Chronic grief OR Unresolved grief OR Bereavement disorder) AND (Risk OR Predictor).



Figur 1. Flowchart over de forskellige led i review-processen (figur tilpasset fra Moher et al., 2009).

3. Resultater

Et flowchart der beskriver de forskellige faser i søgeprocessen er præsenteret i figur 1. Databasesøgningen samt de manuelle kædesøgninger resulterede sammenlagt i 217 engelsksprogede studier. I første omgang blev 34 studier, som umiddelbart blev vurderet relevante, nedhentet som fuldtekstdokumenter til gennemlæsning. Efter gennemlæsningen var tre af forfatterne enige om, at 18 studier mødte kriterierne for inklusion. Disse studier anvendte tre forskellige selvrapporterede sorgspørgeskemaer til at vurdere KS; *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Prigerson et al., 1995), *Prolonged Grief-13* (PG-

13; Prigerson et al., 2009) og *Prolonged Grief Disorder Scale* (PGD; Prigerson et al., 2009), som er en kortere version af ICG. I et af de inkluderede studier var sorgsymptomerne ikke selvrapporerede, men derimod kliniker-vurderet med afsæt i *struktureret diagnostisk klinisk interview* (SCID-1), hvoraf otte items var rettet mod symptomer på KS (Fraley & Bonanno, 2004). I ti af studierne blev ICG anvendt, mens PG-13 blev anvendt i fem af studierne, PGD i to studier og SCID-1 i blot ét af de inkluderede studier. Tabel 1 sammenfatter resultaterne fra de inkluderede studier.

Tabel 1. Prospektive studier om risikofaktorer for udvikling af kompliceret sorg.

	Studie	Sample	Sociodemografi	Asses- ment	Risikofaktorer (resultater)
	<i>Forfatter(e) & år</i>	<i>Studiepopulation^a</i>	<i>Nationalitet, gennemsnitsalder og kønsfordeling</i>	<i>Mål for kom- pliceret sorg</i>	<i>Prospektive risikofak- torer, som signifikant prædikerer kom- pliceret sorg</i>
[1]	Allen, Haley, Small, Schonwetter, & McMillan (2013)	188 ^b efterladte, der fungerede som omsorgspersoner for terminalsyge cancerpatienter på hospice	USA 66 år 74 % kvinder	ICG	Depression før tabet, involvering i sygdomsforløb, mangel på social støtte, lav uddannelse samt yngre alder på den døende
[2]	Anderson, Arnold, Angus, & Bryce (2008)	13 ^c pårørende til patienter på en intensivafdeling	USA 54 år 74 % kvinder	ICG	At være involveret i sygdomsforløbet
[3]	Barry, Stanislav, & Prigerson (2002)	122 efterladte, hvor størstedelen var pensionerede kvinder	USA 63 år 70 % kvinder	ICG	Oplevelsen af ikke at være forberedt på dødsfaldet
[4]	Boelen (2017)	199 efterladte rekrutteret ved internettet (gns. tid siden tab = 4,6 mdr. ved baseline)	Holland 52 år 80 % kvinder	PGD	Uvirkelighedsfølelse, kortere uddannelse samt partertab
[5]	Boelen (2012)	100 efterladte rekrutteret gennem internettet	Holland 45 år 90 % kvinder	PGD	At anvende dødsbegivenheden som en central livsbegivenhed og rumination
[6]	Coelho, Delalibera, & Barbosa (2016)	64 efterladte til terminalsyge	Portugal 58 år 82 % kvinder	PG-13	Oplevelse af psykisk afhængighed og usikkerhed i forholdet til den afdøde, at miste en partner samt at se den indlagte pårørende med fysisk vansiring
[7]	Eisma, Schut, & Stroebe (2015)	242 efterladte, der har mistet indenfor de sidste tre år	Holland 48 år 87 % kvinder	ICG	Uhensigtsmæssig rumination

[8]	Eisma et al. (2013)	282 pårørende, som har mistet et nært familiemedlem	Holland	ICG	Undgåelse og suppression var medierende for sammenhæng mellem rumination og komplicerede sorgsymptomer.
[9]	Fralely & Bonanno (2004)	59 efterladte der responderer på opslag om studiet	USA 49 år 89% kvinder	8 symptomer på KS i SCID	Ængstelig ambivalent tilknytningsstil
[10]	Guldin, Vedsted, Zacharie, Olesen, & Jensen (2012)	87 efterladte til pårørende med cancer efter palliative forløb	Danmark 53 år 69 % kvinder	ICG	Høj grad af involvering i sygdomsforløbet
[11]	Kim, Carver, Spiegel, Mitchell, & Cannady (2017)	137 efterladte, der er involveret i pasning af cancer syge pårørende	USA 55 år 82 % kvinder	ICG TRIG	Depression før tabet, følelsesmæssig belastning under sygdomsforløbet, omstændigheder omkring dødsfaldet, yngre alder og ikke at være forberedt på døden
[12]	Milic, Muka, Ikram, Franco, & Tiemeier (2017)	771 efterladte, som alle var en del af det store Rotterdamstudie	Holland 72 år 73 % kvinder	ICG	Sorgens intensitet
[13]	Nielsen et al. (2017)	2,125 ^d efterladte i et populationsstudie om omsorgspersoner for terminalt syge patienter	Danmark 62 år 70 % kvinder	PG-13	Præ-tab depression, præ-tab sorg, at miste en partner og lavt uddannelsesniveau
[14]	Schulz, Boerner, Shear, Zhang, & Gitlin (2006)	217 efterladte, der har passet en Alzheimer syg i person i hjemmet i 4 år ved prætest	USA 64 år 84 % kvinder	ICG	Præ-tab depression, lav uddannelse samt aspekter relateret til pasningen af den syge (lav kognitive funktionsniveau)
[15]	Schulz, Boerner, Klinger, & Rosen (2015)	80 ^e efterladte, der har passet en syg person i hjemmet i mindst 3 mdr., og hvor den syge netop er kommet på plejehjem	USA 62 år 67 % kvinder	ICG	Den efterladdes oplevelse af ikke at være forberedt på tabet
[16]	Thomas, Hudson, Trauer, Remedios, & Clark (2014)	134 ^f efterladte, der var involveret i længerevarende palliativt sygdomsforløb for cancerpatient	Australien 76 % kvinder	PG -13	At være omsorgsperson under et sygdomsforløb, at være alene om at passe den syge og at miste en partner
[17]	Tsai et al. (2016)	493 ^g efterladte til terminal syge cancerpatienter	Taiwan 50 år 64% kvinder	PG-13	Negative oplevelser omkring indtrædelsen af døden (lidelse og varighed), samt den pårørendes forberedelse på døden

[18]	Wright et al. (2010)	333 ^b efterladte til cancerpatienter	USA 51 år 76% kvinder	PG-13	Døindtrædelse på hospitalet
------	-------------------------	--	-----------------------------	-------	--------------------------------

Note: PG = Prolonged Grief, ICG = Inventory of Complicated Grief (19-items), TRIG = Texas Revised Inventory of Grief (13-items), SCI = Struktureret Diagnostisk Klinisk Interview

^aHvis ikke andet er antydnet svt. antal deltagere til antal ved baseline og/eller ved rettelse for missing data. ^bAntal der udfyldte posttest skemaer. ^cAntal som deltog i KS besvarelserne. ^dAntal deltagere ved follow-up besvarelser. ^eAntal deltagere i regressionsanalyser vedr. KS. ^fAntal ved T₂, alder er ikke rapporteret. ^gFlg. deltager deltog ved de fire tidsperioder for dataindsamling (6 mdr. = 380, 13 mdr. = 334, 18 mdr. = 281 og 24 mdr. = 216). ^h305 deltagere udfyldte PG for prætab.

Efter forfatterne havde gennemgået studierne metode og resultater grundigt, blev de forskellige temaer på tværs af studierne resultater analyseret. Af denne analyse fremkom fire overordnede temaer som karakteriserede de risikofaktorer for KS, som de inkluderede studier havde identificeret:

1. Sygdoms- og tabsrelaterede risikofaktorer
2. Kognitive og følelsesmæssige risikofaktorer
3. Tilknytning
4. Sociodemografiske risikofaktorer

Disse er endvidere opdelt i 2-4 underkategorier, som er skitseret i tabel 2.

Overordnede temaer	Specifikke risikofaktorer
<i>Sygdoms- og tabsrelaterede risikofaktorer</i>	Involvering i sygdomsforløb Risikofaktorer forbundet med sygdomsforløbet Oplevelsen af tabet som uventet eller traumatisk
<i>Kognitive og følelsesmæssige risikofaktorer</i>	Tabets betydning for efterlades identitet Sorgens intensitet Uvirkelighedsfølelse Rumination
<i>Tilknytning</i>	Tilknytning til afdøde Ængstelig ambivalent tilknytningsstil
<i>Sociodemografiske risikofaktorer</i>	Uddannelseslængde At miste en partner eller et barn

Tabel 2. Overordnede temaer for de empirisk identificerede risikofaktorer for kompliceret sorg.

3.1 Sygdoms- og tabsrelaterede risikofaktorer

Sygdoms- og tabsrelaterede faktorer var den mest undersøgte kategori blandt de overordnede temaer. Elleve af de inkluderede studier undersøgte omstændigheder omkring at miste til sygdom i forbindelse med udviklingen af KS.

3.1.1 Involvering i sygdomsforløbet

Fem studier (Allen et al., 2013; Guldin et al., 2012; Schulz, Boerner, Shaer, Zhang, & Gitlin, 2006; Thomas et al., 2014; Tsai et al., 2016) undersøgte risikofaktorer forbundet med det at være omsorgsperson for en døende nærtstående. I fire af disse studier var deltagerne pårørende til terminalsyge kræftpatienter, og i blot ét studie var deltagerne pårørende til demensramte (Schulz et al., 2006). Omsorgsperson henviser i denne forbindelse til et familiemedlem eller en nærtstående anden, der yder fysisk, psykisk og social støtte til den syge under et sygdomsforløb (Thomas et al., 2014). Alle fem studier fandt, at det at være omsorgsperson under sygdomsforløbet var en risikofaktor for udvikling af KS – både måneder og år efter tabet (jf. tabel 1).

Flere af studierne fandt, at symptomerne var aftagende over tid, men konkluderer fortsat, at symptomernes varighed er en vedvarende risikofaktor (Guldin et al., 2012; Tsai et al., 2016). I studiet af Guldin et al. (2012) opfyldte 40 % af deltagerne kriterierne for KS seks måneder efter tabet, hvor 28 % opfyldte dem 13 måneder efter, og ved 18 måneders opfølgning havde 27 % af deltagerne forsat KS. Allen et al. (2013) foretog et lignende studie, hvor formålet var at undersøge risikofaktorer hos pårørende til terminalsyge cancerpatienter på et hospice. Her udviste 19 % af de efterladte, der havde været omsorgspersoner under sygdomsforløbet, symptomer på KS 12 måneder efter tabet.

3.1.2 Risikofaktorer forbundet med sygdomsforløbet

Seks af de inkluderede studier undersøgte en række risikofaktorer relateret til sygdomsforløbet og til det at være omsorgsperson. Studiet af Allen et al. (2013) fandt, at mangel på social støtte, at være alene om at passe den pårørende samt mangel på rådgivning om, hvordan man håndterer at være i rollen som omsorgsperson, prædikerede en højere grad af KS. Disse resultater støttes af studiet af Thomas et al. (2014), der tilsvarende finder, at det at være alene om at passe en syg pårørende samt intens pasning af den syge prædikerede risiko for komplicerede sorgreaktioner efter tabet. Studiet af Schulz et al. (2006), der undersøgte pårørende til demensramte, fandt desuden, at større kognitiv funktionsnedsættelse hos den syge under sygdomsforløbet var en risikofaktor for udvikling af KS efter tabet. I overensstemmelse med dette resultat fandt Anderson et al. (2008) en høj forekomst af KS (24 %) seks måneder efter tab hos pårørende, der har været involveret i de afdødes sygdomsforløb, mens de var indlagt på intensivafdeling.

Studierne af Nielsen et al. (2017), Kim et al. (2017), Tsai et al. (2016) fandt endvidere, at omsorgspersoner til kræftsyge var i særlig risiko for at udvikle længerevarende komplicerede sorgreaktioner, hvis de inden tabet udviste symptomer på depression, præ-tab sorg eller generel følelsesmæssig stress. Samlet tegnes der et billede af, at de belastninger, som omsorgspersoner gennemgår i løbet af et sygdomsforløb, kan øge sårbarheden overfor at udvikle KS, når de mister.

3.1.3 Oplevelsen af tabet som uventet eller traumatisk

Fem af de inkluderede studier undersøgte, hvorvidt oplevelsen af ikke at føle sig forberedt på tabet eller hvorvidt omstændighederne omkring dødens indtrædelse havde været negative (den døende havde været lidende, der var uro eller det havde trukket ud), var prædikative i forhold til udvikling af KS blandt sørgende, der havde mistet en slægtning til sygdom.

Studierne af Tsai et al. (2016), Kim et al. (2017), Barry et al. (2002) og Boelen (2012) fandt, at følelsen af ikke at være forberedt på tabet af en nærtstående var forbundet med KS måneder og år efter tabet. Tilsvarende fandt Schulz, Boerner, Klinger, og Rosen (2015), at følelsen af at være forberedt på tabet var en beskyttende faktor for KS. I studiet af Kim et al. (2017), som blandt disse studier havde den længste tidsramme, var både følelsen af ikke at være forberedt på tabet samt følelsesmæssig stress under sygdomsforløbet prædikativ for KS op til fem år efter tabet. Tilsvarende det danske studie af Guldin et al. (2012) fandt Kim et al. (2017), at symptomerne på KS var aftagende over tid.

Derudover viste resultaterne af Barry et al. (2002), at den pårørendes opfattelse af, at afdøde havde lidt en voldelig eller smertefuld død, var prædiktiv for udvikling af KS. Dette fund støttes endvidere af Tsai et al. (2016), som fandt, at negative oplevelser forbundet med dødssituationen var prædiktiv for en kompliceret sorgproces. I forlængelse heraf fandt Coelho, Dalalibero og Barbarosa (2016), at det at have været vidne til fysiske forandringer og forfald af den pårørende også var forbundet med udvikling af KS.

Wright et al. (2010) undersøgte efterladedes sorgreaktioner hos nærtstående personer til cancerpatienter, hvor døden enten havde indtruffet i hjemmet eller på hospitalet. Mod forskernes forventninger viste resultaterne, at der var større risiko for at udvikle KS blandt de, der mistede på hospitalet frem for i hjemmet.

Opsummeret fandt de studier, der undersøgte sygdoms- og tabsrelaterede faktorer, at en rolle som omsorgsperson under sygdomsforløbet, opfattelsen af ikke at være forberedt på dødsfaldet, tilstedeværelsen af sorgsymptomer, depressive symptomer eller psykisk stress før tabet samt mangel på social støtte under et sygdomsforløb alle øgede risikoen for udvikling af KS.

3.2 Kognitive og følelsesmæssige risikofaktorer

Fire af de inkluderede studier undersøgte sammenhængen mellem forskellige reaktioner på tabet og udviklingen af KS. Boelen (2012) undersøgte fænomenet *begivenhedscentralitet* (eng. Centrality of Life Events), som omhandler, hvilken rolle minder om en specifik negativ livsbegivenhed (i denne forbindelse tabet) får for den måde, som efterladede fortolker andre begivenheder på – og hvorvidt den negative begivenhed (tabet) ses som et vendepunkt for vedkommendes livshistorie og som et kerneelement i vedkommendes identitet (Berntsen & Rubin, 2006). Boelen (2012) fandt, at graden af begivenhedscentralitet var særligt relateret til tab af et barn eller en foræl-

der samt til voldelig dødsomstændighed og til uventede tab. I forlængelse heraf viste Boelens resultater sammenhæng mellem begivenhedscentralitet og KS, hvor Boelen (2012) argumenterer for, at begivenhedscentralitet ikke er et fænomen, der sameksisterer med KS, men at det er en forudsigende faktor. I et andet studie af Boelen (2017) blev der undersøgt sammenhæng mellem den efterladtes uvirkelighedsfølelse og KS ved 12 måneders opfølgning (Boelen, 2017). I dette studie fandt forskerne også en sammenhæng mellem uvirkelighedsfølelse og sorgreaktioner, samt at uvirkelighedsfølelsen var prædiktivt for komplicerede sorgreaktioner ved 12 måneders opfølgning. Milic et al. (2017) fandt, at graden af sorg ved baseline (op til et år efter tabet) var forudsigende for graden af KS ved seks års opfølgning, hvorfor de konkluderer, at sorgens varighed og herunder KS er influeret af og kan forudsiges af sorgens intensitet.

To af de inkluderede studier undersøgte rumination som risikofaktor ud fra to forskellige perspektiver (Eisma et al., 2013; Eisma et al., 2015). Det ene studie undersøgte forskellige ruminationsstile med henblik på at identificere hvilke, var særligt uhensigtsmæssige i en sorgproces (Eisma et al., 2015). Det andet studie undersøgte sammenhængen mellem rumination og undgåelse samt deres relation til KS (Eisma et al. 2013). Forfatterne skelner mellem uhensigtsmæssige og hensigtsmæssige ruminationsstile i relation til sorg. *Uhensigtsmæssige ruminationsstile* refererer til gentaget, negativ selv-fokuseret tænkning, der kredser om tabets negative konsekvenser, hvorimod *hensigtsmæssig rumination* søger at forstå egne emotionelle reaktioner på eksempelvis tabet (Eisma et al., 2015). I studiet fandt de sammenhæng mellem alle undertyper af rumination og KS. Uhensigtsmæssig rumination, der særligt kredser om uretfærdighed forbundet med tabet, blev fundet som den stærkeste korrelation. Derudover blev rumination, der centrerer sig om det negative udfald fundet som den anden stærkeste risikofaktor, hvorfor forfatterne konkluderede, at uhensigtsmæssig rumination efter et tab, er en prædiktiv faktor for udviklingen af KS.

I overensstemmelse med studiet af Eisma et al. (2015) fandt Eisma et al. (2013), at rumination var relateret til udvikling af KS over en tidsperiode på seks måneder. Forfatterne fandt desuden, at undgåelsesprocesser forstærkede forbindelsen mellem rumination og KS, samt at rumination forudså tankeundertrykkelse hos KS. Med andre ord peger resultaterne på, at rumination kan have en undgåelsesdimension. Samlet peger resultaterne på, at begivenhedscentralitet, uvirkelighedsfølelse, sorgens intensitet og rumination er risikofaktorer for udviklingen af KS.

3.3 Tilknytning

3.3.1 Tilknytning til afdøde

To af de inkluderede studier undersøgte sammenhængen mellem KS og forskellige relationelle faktorer mellem den efterladte og afdøde. I undersøgelsen af Coelho et al. (2016) blev *Bereavement Risk Questionnaire* anvendt

til at kortlægge 19 potentielle risikofaktorer for at udvikle KS. Seks måneder efter tabet viste resultaterne, at graden af afhængighed til den afdøde var en af de stærkeste prædiktive faktorer for KS. Her skal afhængighed forstås som en kompromitteret evne til at fungere uden afdøde. Et højt niveau af afhængighed medførte endvidere større choktilstand og forvirring over dødsfaldet. Derudover blev et usikkert forhold til afdøde også fundet som forudsigende for KS.

3.3.2 Usikker tilknytning

Et af de inkluderede studier undersøgte usikker tilknytning som risikofaktor for at udvikle KS (Fraley & Bonanno, 2004). Forfatterne undersøgte sammenhængen mellem KS og henholdsvis *afvisende tilknytningsmønster* og *ængstelig ambivalent tilknytningsmønster*. Her viste resultaterne en sammenhæng mellem ængstelig ambivalent tilknytningsmønster og KS ved både første måling (fire måneder post-tab) og ved anden måling (18 måneder post-tab). Modsat forskernes hypotese viste ængsteligt ambivalent tilknytningsmønster sig ikke at forudsige KS.

Opsummerende peger resultaterne vedrørende tilknytning på, at graden af afhængighed til afdøde, usikkert forhold til afdøde samt ængstelig ambivalent tilknytning er risikofaktorer for udviklingen af KS.

3.4 Sociodemografiske risikofaktorer

Ni af de inkluderede studier undersøgte forskellige typer af sociodemografiske faktorer som potentielle risikofaktorer for KS. Fire af disse studier fandt en risiko forbundet med længden af den sørgendes uddannelse, hvor kortere uddannelser – defineret som skolegang på mindre end 10 år – især var relateret til KS (Allen et al. 2013; Boelen, 2012; Nielsen et al., 2017; Schulz et al., 2006). Fire af studierne viste også, at partnertab var prædiktivt for KS (Boelen, 2012; Coelho et al., 2016, Nielsen et al., 2017; Thomas et al., 2014). I studiet af Boelen (2012) var det at miste et barn endvidere prædiktivt for KS.

Resultaterne vedrørende alder var divergerende. Ét studie pegede her på, at yngre alder var forbundet med KS (Kim et al., 2017), hvorimod seks af studierne omvendt ikke fandt en sammenhæng mellem alder og KS (Allen et al., 2013; Barry et al., 2002; Boelen, 2012; Coelho et al., 2016; Nielsen et al., 2017; Tsai et al., 2016). Køn var endvidere ikke prædiktiv for udvikling af KS i de studier, hvor det blev undersøgt som en særskilt risikofaktor (Allen et al., 2013; Barry et al., 2002; Boelen, 2012; Coelho et al., 2016; Nielsen et al., 2017)

Opsummerende vil det sige, at længden på den sørgendes uddannelse samt at miste en partner eller et barn blev identificeret som risikofaktorer for KS i de inkluderede studier.

4. Diskussion

Som bemærket af Lobb et al. (2010) er forskning i kompliceret sorg en kompliceret affære. Komplexiteten udspringer blandt andet af, at sorg er en dynamisk proces, hvor tilstedeværelsen af sorgsymptomer og psykisk stress betragtes som naturligt og forventeligt. I forskningslitteraturen forsøges der, blandt andet fordi der arbejdes mod at kunne karakterisere, hvorvidt og hvordan atypisk sorg afgrænses som en psykopatologi, at opnå en mere homogen forståelse af begrebet KS, hvorfor en opdateret gennemgang af litteraturen blev vurderet relevant. Nærværende undersøgelse samler den eksisterende forskningslitteratur, der gennem longitudinelle studier undersøger risikofaktorer for udviklingen af KS. Med dette metodiske fokus adskiller vores studie sig fra tidligere reviews, som blandede studier med forskellige typer forskningsdesign (både tværnsnitstudier og prospektive studier) og udfaldsmål (både KS og sorgreaktioner generelt). Det er undersøgelsens sigte at skabe overblik over de vigtigste resultater med direkte relevans for kliniske tiltag mod at identificere de særligt udsatte sørgende, for hvem forebyggelse af KS er relevant.

4.1.1 Diskussion af resultaterne

På tværs af de 18 inkluderede studier fremtrådte en række omstændigheder og faktorer som værende prædikerende for en kompliceret sorgproces. Følgende risikofaktorer blev identificeret: involvering i sygdomsforløbet, mangel på social støtte i sygdomsforløbet, sorgsymptomer, depression, psykisk stress før tabet, oplevelsen af tabet som uventet eller traumatisk, uddannelseslængde, relationen til afdøde, afhængighed af afdøde, usikker tilknytning, reaktioner på tabet såsom uvirkelighedsfølelse, rumination og oplevelsen af tabet som centralt for den sørgendes identitet og livshistorie.

Risikofaktorer relateret til sygdoms- og tabsrelaterede faktorer var den mest undersøgte kategori i 11 ud af de 18 inkluderede studier. Resultaterne peger på, at involvering i sygdomsforløbet samt mangel på social støtte, fysisk og psykisk udmattelse, symptomer på depression, psykisk stress og sorg forud for tabet samt oplevelsen af tabet som uventet eller traumatisk kan være med til at komplicere tilpasningen til tabet og herigennem øge sårbarheden overfor udviklingen af KS.

Tidligere har der hersket en opfattelse af, at forventede dødsfald bidrog til en foregribende sorgproces, hvor pårørende havde længere tid til at bearbejde sorgen *inden* dødsfaldet, hvilket resulterede i en mindre lidelsesfuld sorgproces *efter* dødsfaldet (Guldin, 2014). Resultaterne fra indeværende litteraturgennemgang og nyere forskning på området peger dog omvendt på, at længerevarende sygdomsforløb ligeså sandsynligt kan medføre en langvarig belastning, som udmatter de pårørende. Over tid akkumuleres sandsynligvis en følelsesmæssig stress, som øger risikoen for KS efter tabet (Guldin, 2014; Tsai et al., 2016; Schulz et al., 2015). Endvidere peger resultaterne på,

at forudgående sygdom ikke nødvendigvis medfører, at de efterladte føler sig forberedte på tabet. Schulz et al. (2015) fandt i relation hertil, at pårørende følte sig mere forberedte i de tilfælde, hvor den syge selv havde udtrykt parathed til at dø. Der opstår herudfra en forestilling om, at den døendes evne til at tale om og acceptere det uundgåelige i at skulle dø, fremmer de pårørendes mulighed for at tage afsked og få forståelse for, hvad der er ved at ske.

Resultaterne vedrørende sorgreaktioner af kognitiv og følelsesmæssig karakter peger på, at rumination, uvirkelighedsfølelse, sorgens intensitet samt opfattelse af tabet som værende livsdefinerende (begivenhedscentralitet) er risikofaktorer for udviklingen af KS. Som nævnt er det vanskeligt at undersøge sorgreaktioner som risikofaktorer for KS, eftersom sorgen ikke er statisk. Dog giver de inkluderede studier – blandt andet grundet deres longitudinelle design – et fint indblik i, hvorledes sorgen kan påvirkes af den sørgendes måde at integrere sorgen på. Boelen (2012) beskriver for eksempel, hvordan begivenhedscentralitet kan forstås som forbundet med KS. Hos personer med en høj grad af begivenhedscentralitet er oplevelsen af tabet muligvis så central for den sørgendes livshistorie og identitet, at der blokeres for minder og information, der ikke er relateret til tabet. Adgang til minder og information, der ikke vedrører afdøde, samt særlige minder om mere positive begivenheder er nødvendigt for at genoprette håb for fremtiden, deltage i sociale fællesskaber og roller, der ikke er defineret af den afdøde (Boelen, 2012). Med andre ord kan en kognitiv stil præget af begivenhedscentralitet muligvis medføre en øget optagethed af minder, der vedrører tabet og dermed blokere for tilpasning til tabet, vedligeholde ønsket om at vende tilbage til livet før tabet, medføre besvær med at acceptere tabet og følelsen af, at livet mangler mening (Boelen, 2012; Prigerson et al., 2009). Alle disse er netop symptomer på KS. Sorgrumination, som også blev identificeret som en risikofaktor for KS i det inkluderede studie af Eisma et al. (2015) anskues som konceptuelt beslægtet med begivenhedscentralitet, da begge begreber relaterer sig til en kognitiv stil karakteriseret ved maladaptive sorgrelaterede tanker.

Boelen (2017) fremhæver yderligere, at vedvarende følelsesmæssig uvirkelighed er udtryk for utilstrækkelig integrering af tabet, samt at det er med til at vedligeholde følelsesmæssig lidelse efter et tab. Han sondrer mellem rationel og følelsesmæssig uvirkelighed, hvor den sørgende rationelt forstår informationen om dødsfaldet, men ikke følelsesmæssigt integrerer det. Uvirkelighedsfølelse betragtes som en naturlig og forventelig reaktion i tiden efter et tab, men over tid skal den følelsesmæssige uvirkelighed gerne aftage, hvorved tabet og adskillelsen gradvist virkeliggøres. Uvirkelighedsfølelse kan derfor anskues som en risikofaktor såfremt den er vedvarende, da det her kan forhindre accepten af samt tilpasning til tabet (Boelen, 2017).

Resultaterne vedrørende rumination er endvidere interessante, da de peger på, at rumination både kan manifestere sig i ruminative tanker forbundet

med det negative ved tabet, men samtidig også rummer en undgåelsesdimension. Ifølge Eisma et al. (2013) kan rumination være en måde at undertrykke uønskede tanker vedrørende selve tabet og bliver således en undgåelsesstrategi, der forhindrer en adaptiv konfrontation på tabet (Eisma et al., 2013).

De to studier, der undersøgte henholdsvis tilknytning til afdøde samt tilknytningsstile, fandt, at en høj grad af afhængighed til afdøde, et usikkert forhold til afdøde samt en ængstelig ambivalent tilknytningsstil var risikofaktorer for KS. Her er det relevant at overveje, om et usikkert forhold til afdøde præget af høj afhængighed kan være influeret af eller et udtryk for usikker tilknytning (Coelho et al., 2016). Det er således muligt, at resultaterne fra de to studier er udtryk for samme fænomen – selvom de har forskellige konceptuelle og metodiske udgangspunkter. Resultaterne af Fraley & Bonanno (2004) viste, at afvisende tilknytningsmønstre udgjorde en mindre sårbarhed i forhold til KS end tidligere antaget. Ifølge disse forskere kan resultaterne forklares ud fra to antagelser. Den ene antagelse er, at individer med et afvisende tilknytningsmønster har udviklet en højere tolerance for at miste end individer med et ængstelig ambivalent tilknytningsmønster. En alternativ forklaring er, at de efterladte ikke havde formået at knytte sig til afdøde, mens vedkommende var i live, da den følelsesmæssige tilknytning netop er en udfordring for dem, og derfor bliver tabet mindre lidelsesfuldt (Fraley & Bonanno, 2004). Afslutningsvis er det relevant at nævne, at der inden for det sorgteoretiske felt er enighed om, at tilknytningsmønstre kan være med til at forklare individuelle forskelle i sorgreaktioner og -processer (Bowlby, 1980; Worden, 2009). Videre prospektiv forskning af sammenhængen mellem tilknytningsrelaterede faktorer og KS synes derfor relevant.

Resultaterne vedrørende sociodemografiske risikofaktorer peger på, at uddannelseslængde samt at miste en partner eller et barn er risikofaktorer for KS. Ifølge Milic et al. (2017) er partnertab sværere senere i livet end tidligere i livet, da der ofte skabes et større afhængighedsforhold til ens partner i takt med alderen. Det er i den forbindelse relevant at tage studierne relativt høje gennemsnitsalder i betragtning (45-75 år), hvor den unge voksne målgruppe ikke er tilstrækkeligt repræsenteret. Det kan her tænkes, at resultaterne vedrørende slægtskab ville se anderledes ud hos denne målgruppe, da livsomstændighederne ofte er anderledes i den unge voksenalder. Eksempelvis kan det antages, at det er mere kompliceret at miste en forælder, før man selv har stiftet familie, hvor der kan være et større afhængighedsforhold til forældrene, end der sandsynligvis er senere i livet. Differentiering, i forhold til hvilken tabstype der er mest prædikerende for en kompliceret proces, bør derfor ses i relation til alder og livssituation (Milic et al., 2017). Resultaterne vedrørende uddannelseslængde stemmer overens med tidligere fund (Lobb et al., 2010). Allen et al. (2013) hævder at kortere uddannelser kan være udtryk for lavere socioøkonomisk status med færre økonomiske ressourcer,

hvilket er en velkendt risikofaktor for psykisk stress generelt (Allen et al., 2013; Kessler, Price, & Wortman, 1985).

Som beskrevet er resultaterne vedrørende alder divergerende, hvor kun ét ud af syv studier finder yngre alder prædiktiv for KS. Køn blev endvidere ikke identificeret som en risikofaktor for KS. Disse resultater står imidlertid i kontrast til tidligere fund i Lobb et al. (2010) samt Burke og Neimeyer (2013), hvor det at være kvinde samt yngre alder var associeret med KS. Denne diskrepans er uklar, men kan sandsynligvis til dels tillægges de strengere inklusionskriterier, som adskiller nærværende undersøgelse fra disse tidligere reviews på området. Det er endvidere relevant at nævne, at kun få af de inkluderede studier laver inferentielle analyser af sociodemografiske variabler som særskilte risikofaktorer for KS, hvorfor det kræver yderligere forskning at kortlægge betydningen af disse ved KS.

I vores analyser af resultaterne er det bemærkelsesværdigt, at det primært er kvinder, der har deltaget i de prospektive studier, som undersøger risikofaktorer for udvikling af KS. For elleve studiers vedkommende er mindst 70 % kvindelige deltagere. Ifølge flere forskere på området skyldes denne overrepræsentation af kvinder muligvis kønsforskelle i måden, et tab håndteres på, hvor kvinder måske generelt er mere villige til at reflektere over tabet og egne følelser, end mænd er, og dermed også er mere tilbøjelige til at deltage i studier om KS (Boelen, 2012; Stroebe, Stroebe, & Schut, 2001). Dette bør dog undersøges nærmere, før der endeligt kan udledes sådanne sammenhænge og forskelle på køn.

5. Undersøgelsens begrænsninger

Denne systematiske gennemgang af den empiriske litteratur har identificeret og diskuteret en række risikofaktorer, der sandsynligvis kan være udløsende for KS. En metodisk styrke ved denne syntese af empirien er, at den er baseret på studier, som tager afsæt i en aktuell forståelse af KS, standardiserede assessmentmetoder samt anvender prospektive forskningsdesigns. Samtidig knytter der sig også nogle begrænsninger til denne gennemgang af empirien, som reflekterer bredere problematikker inden for forskningsfeltet og den internationale sorgforskning generelt. Som det fremgår, er over halvdelen af de inkluderede studier amerikanske, hvilket på indlysende vis skaber repræsentativitetsbias. Det er derfor uvist, hvorvidt resultaterne fra disse studier kan overføres på tværs af lande og kulturer. Som fremhævet af Lobb et al. (2010) er sørgende derudover også en udfordrende målgruppe at undersøge, da man som forsker henvender sig til mennesker, der ofte er i dyb sorg over at have mistet en nærtstående. Af den grund kan der opstå rekrutteringsbias, hvor det primært er de bedst fungerende blandt de sørgende, der deltager, hvorimod de sørgende, som er hårdest ramt af tabet, ikke bliver repræsenteret på grund af eksempelvis manglende overskud til deltagelse (Lobb et al.,

2010). Derudover kan der også være andre bias', som gør, at nogle typer af efterladte har større sandsynlighed for at indgå i prospektive studier om KS end andre typer af efterladte. Som det fremgik af den empirisk gennemgang, var der en større andel af studierne som havde samples bestående af pårørende til terminalsygepatienter, hvorimod studierne ikke i så høj grad repræsenterede efterladte, der havde mistet en pårørende, som var død pludseligt (hjertestop, bilulykke, blodprop, selvmord etc.). Det er metodisk set lettere at undersøge sorgens udvikling blandt pårørende under et langt sygdomsforløb forud for dødsfaldet, end det er hos pårørende, som mister ved pludseligt dødsfald, der er uforudsigelige og sværere at få adgang til at undersøge tidligt i processen. Forskellen i tilgængeligheden af forskellige typer af sørgende bevirker, at ikke alle grupper i samfundet i lige høj grad repræsenteres i forskningen, hvormed den eksterne validitet og overførbarhed til den kliniske praksis formodentligvis kompromitteres.

6. Afrunding og kliniske implikationer

Indeværende systematiske gennemgang bidrager med et overblik over empiriske studier, som prospektivt undersøger risikofaktorer, der kan være prædikerende for udviklingen af KS. Samlet peger resultaterne på, at risikoen for at udvikle KS både påvirkes af, hvem man mister, omstændighederne før og omkring man mister, tilknytning til afdøde, tilknytningsstil samt håndteringen af tabet. Det vil sige, at der både kan være tale om intrapersonelle såvel som interpersonelle faktorer, der kan medvirke til, at en sorgproces bliver kompliceret og dermed påvirker den sørgendes hverdagsliv i et omfang ud over det forventelige.

Som beskrevet fordrer viden fra forskning i risikofaktorer muligheden for at etablere og fremme forebyggende interventioner ved at opspore de sørgende, der er i særlig risiko for at udvikle KS. De fundne risikofaktorer vedrører både omstændigheder, der kan være synlige for praktikere og sundhedsprofessionelle *før* dødsfaldet (f.eks. involvering i sygdomsforløbet) samt *efter* dødsfaldet (f.eks. reaktioner på tabet) og kan således beskrives som henholdsvis præ-tab og post-tab risikofaktorer for efterfølgende udvikling af KS. Som nogle af de inkluderede studier viste, relaterer præ-tab risikofaktorer sig primært til forskellige aspekter af et sygdomsforløb, hvor særlige opmærksomhedspunkter er overinvolvering i forhold til pasning af den syge, manglende forberedelse på tabet, psykisk og fysisk udmattelse, symptomer på depression, psykisk stress og sorg (før tabet) samt hvem man står overfor at miste. Som anbefalet hos de fleste af forskerne bag de inkluderede studier er det vigtigt med skærpet opmærksomhed på psykisk og/eller fysisk sårbarhed i forhold til et kommende tab, og der foreslås entydigt, at man systematisk screener pårørende til terminalt syge patienter. En sådan screening ville kræve et validt screeningsredskab med god sensitivitet og specificitet

samt standardiserede normer passende til den sociale og kulturelle kontekst, hvori det anvendes. Endeligt har screening i sig selv en begrænset værdi, hvis ikke der ligeledes er udviklet et solidt professionelt beredskab, som er klar til at støtte de pårørende, der udviser risikoforbundne symptomer i præ-tabsperioden. Med udgangspunkt i de fundne resultater kan konkret forebyggende støtte indeholde elementer af at forberede de pårørende på det uundgåelige i at de skal miste, hjælpe dem til at tage afsked og støtte dem til selvberoligelse og pauser undervejs i sygdomsforløbet – blandt andet for at forebygge psykisk lidelse samt fysisk og psykisk udmattelse undervejs i sygdomsforløbet samt for at hjælpe dem til at føle sig mere forberedte. I forhold til post-tabsrisikofaktorer indikerer denne systematiske gennemgang af empirien, at praktikere i mødet med sørgende bør være opmærksomme på vedkomnes relation og tilknytning til afdøde – herunder afhængighed samt usikkert forhold, symptomer på ængstelig ambivalent tilknytning samt en kognitiv stil karakteriseret ved rumination, uvirkelighedsfølelse og en høj grad af begivenhedscentralitet. Samlet bidrager denne systematiske gennemgang af empirien indledningsvist til konstitueringen af klarere kliniske retningslinjer, der kan hjælpe praktikere til tidligt at opspore sørgende, som er i risiko for at lide en lang og invaliderende sorgproces.

Referencer

- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Mental Health of ICU Family Members*, 23(11), 1871-1876.
- Allen, Y. J., Haley, W. E., Small, B. J., Schonwetter, R. N., & McMillan, S. C. (2013). Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following Loss: Predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 745-751.
- Barry, L. C., Stanislav, V. K., & Prigerson, H. C. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons -the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 10(4), 447-457.
- Berntsen, D., & Rubin, D.C., (2006). The centrality of event scale. A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 44(2), 219-231.
- Boelen, P. (2012). A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 137, 117-124.
- Boelen, P. A. (2017). "It feels as if she might return one day": A sense of unrealness as a predictor of bereavement-related emotional distress. *Estudios de Psicología/ Studies in Psychology*, 38(3), 734-751.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (3. udg.). London: Pimlico.
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief. I: Stroebe, M, Schut, H, & van Den Bout, J. (Red). *Complicated Grief-Scientific foundations for health care professionals*. New York, NY: Routledge.
- Coughlan, H., Cannon, M., Shiers, D., Power, P., Barry, C., Bates, T., Birchwood, M., Buckley, S., Chambers, D., Davidson, S., Duffy, M., Gavin, B., Healy, C., Keely, H., Maher, M., Tanti, C., & McGorry, P. (2013). Towards a new paradigm of care: The

- International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 103-108.
- Coelho, A. M., Delalibera, M. A., & Barbosa, A. (2016). Palliative care caregivers' grief mediators: A prospective study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(4), 1-8.
- Dyregrov A. (2008). Grief in children: *A handbook for adults*. London: Jessica Kingsley
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2013). Complicated grief in children – the perspectives of experienced professionals. *Omega: Journal of Death and Dying*, 67(3), 291-303.
- Edwards, J. R., & Bagozzi, R. P. (2000). On the Nature and Direction of Relationships Between Constructs and Measures. *Psychological Methods*, 5, 155-174.
- Eisma, M. C., Schut, H. A. W., & Stroebe, M. S. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 160-183.
- Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Stroebe, W., Boelen, P. A., & Bout, J. (2013). Avoidance Processes Mediate the Relationship Between Rumination and Symptoms of Complicated Grief and Depression Following Loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 961-970.
- Fraley, C. R., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and Loss: A Test of Three Competing Models on the Association Between Attachment-Related Avoidance and Adaptation to Bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878-890.
- Guldin, M. B., Vedsted, P., Zacharie, R., Olesen, F., & Jensen, A. N. (2012). Complicated grief and need for professional support for family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer*, 20, 1679-1685.
- Guldin, M. B. (2014). *Tab og sorg – en grundbog for professionelle*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum-Hansen, H. (2007). *Risk factors and public health in Denmark: Summary report*. National Institute of Public Health. University of Southern Denmark.
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C.B. (1985): Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kim, Y., Carver, C. S., Spiegel, D., Mitchell, H. R., & Cannady, R. (2017). Role of family caregivers self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psycho-Oncology* 26, 484-492.
- Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2019). Kompliceret Sorg og vedvarende sorglidelse – begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., Reed, G., Rousseau, C., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381, 1683-1685.
- Milic, J., Muka, T., Ikram, A. M., Franco, O. H., & Tiemeier, H. (2017). Determinants and predictors of grief severity and persistence: The Rotterdam Study. *Journal of Ageing and Health*, 29(8), 1288-1307.
- Mogensen, J. R., & Engelbrekt, P. (2013). *At forstå sorg. Teoretiske og praktiske perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteraturen.

- Moher, D., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Nielsen, M. K., Neergaard, A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. B., (2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: A Nationwide prospective cohort Study. *Symptom Management*, 53(3), 540-550.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H., Horowitz, M.J., & Jacobs, S. C. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), 1-12.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Keshaviah, A. (2011). *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S., & Gitlin, L. N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 650-658.
- Schulz, R., Boerner, K., Klinger, J., & Rosen, J. (2015). Preparedness for death and adjustment to bereavement among caregivers of recently placed nursing home residents. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 127-133.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5 (1): 62-83.
- Stroebe, M. S., & Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clark, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541.
- Tsai, W., Prigerson, H., Li, C-Y, Chou, W., Kuo S., & Tang, S. T. (2016). Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally-ill cancer patient's death. *Palliative Medicine*, 30(5), 495-503.
- Wittouck, C., van Autreve, S., Jaegere, E. D., Portzky, G., & van Heering, K. (2010). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78.
- World Health Organization (2018). Definition of Key Terms. Hentet d. 4/3/18 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
- World Health Organization (2018). Risk factors. Hentet d. 4/3/18 http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
- Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy*. (4. udg.). New York: Springer Publishing Company.
- Wright, A., Keating, N. L., Balboni T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 8, 4457-4464.