

ET PILOTSTUDIE AF GRUPPETERAPI FOR BØRN OG TEENAGERE, DER HAR MISTET EN FORÆLDER

Trine Pagh Pedersen¹, Marie Stigaard Tølbøll², Gyrih Karskov Berthelsen³,
Hanne B.S. Knudsen⁴ & Kristine Jensen de López⁵

Tabet af en forælder i barn- og ungdommen kan have store konsekvenser, og op til 10 % af de børn og unge, som mister en forælder, udvikler kompliceret sorg. I nærværende pilotstudie præsenteres resultater fra før- og eftermålinger af Børn, Unge & Sorgs gruppeterapi målrettet børn og unge, der har udviklet eller er i risiko for at udvikle kompliceret sorg. I alt deltog 21 børn og teenagere i alderen 6-15 år i et ti-ugers gruppeterapiforløb. Børn og forældre besvarede elektroniske spørgeskemaer, der målte sorg og trivsel før og efter gruppeforløbet. Resultaterne viste statistisk signifikant nedgang i sorgsymptomer og statistisk signifikante forbedringer på områder af generel trivsel. Resultaterne indikerer, at børn og teenagere, der har mistet en forælder, udviser reducerede sorgsymptomer og forbedret trivsel efter deltagelse i gruppeterapi. Resultaterne diskuteres ift. tidligere forskning, sorgteorier, studiets metodiske begrænsninger samt ift. de kliniske implikationer.

Introduktion

Tabet af en forælder i barn- og ungdommen kan have store konsekvenser for et barn i form af øget forekomst af kort- og langvarige psykiske problemer, fx depression, angst, posttraumatisk stress, somatiske klager og adfærdsproblemer (Appel et al., 2013; Berg, Rostila, & Hjern, 2016; Kaplow, Saunders,

1 Forskningskonsulent, ph.d., cand.scient. san.publ., Det Nationale Sorgcenter/Børn, Unge & Sorg. E-mail: tpp@niph.dk.

2 Specialkonsulent, Det Nationale Sorgcenter/Børn, Unge & Sorg. E-mail: mst@sorgcenter.dk.

3 Cand.psych.aut., specialist i psykoterapi, Det Nationale Sorgcenter/Børn, unge og sorg. E-mail: gbe@csm-ost.dk.

4 Adjunkt, cand.psych.aut., ph.d. og supervisor på Børnesprogklinikken, Institut for kommunikation og psykologi, Center for Developmental & Applied Psychological Science (CeDAPS), Aalborg Universitet. E-mail: hannebsk@hum.aau.dk.

5 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.

Angold, & Costello, 2010; Melhem, Porta, Shamseddeen, Walker Payne, & Brent, 2011; Weller, Weller, Fristad, & Bowes, 1991; Worden & Silverman, 1996; se også Dowdney, 2000 for gennemgang af litteraturen). Derudover viser studier, at børn og unge, der mister en forælder, kan opleve lavt selv-værd, lav self-efficacy, udfordringer i skolen, og kan udvise udadreagerende og destruktiv adfærd (Berg, Rostila, Saarela, & Hjern, 2014; Worden & Silverman, 1996). Studier af sammenhæng mellem tab af forældre i barn-dommen og selvmord hos børn rapporterer, at op til 61 % af børn, der mister en forælder, ofte lider af selvmordstanker, mens få af disse begår selvmord (Weller et al., 1991). Et skandinavisk populationsstudie viser, at voksne, der har mistet en forælder som barn, har øget risiko for at begå selvmord tidligt i livet (Guldin et al., 2015).

I Danmark er der omkring 13.000 børn og unge i alderen 0-18 år, der har mistet en mor eller far (Danmarks Statistik, 2018). Heldigvis får tabet af en forælder ikke vidtrækkende konsekvenser for alle børn og unge. International forskning baseret på langtidsstudier af børn og unge, der har mistet en forælder, indikerer, at op til 10 % af disse børn og unge udvikler kompliceret sorg (Melhem et al., 2011).

I den eksisterende forskningslitteratur har kompliceret sorg forskellige betegnelser, såsom vedvarende sorglidelse, traumatisk sorg og patologisk sorg. Det Nationale Sorgcenter definerer kompliceret sorg som et paraplybegreb, som dækker over omfattende lidelser, der kan udløses ved tabet af en nærtstående (Larsen, Lauritzen, & O'Connor, 2019). En kompliceret sorgreaktion kan komme til udtryk som vedvarende sorglidelse eller som andre lidelser som fx tabsudløst PTSD, depression og angst (Jordan & Litz, 2014 for en oversigt; Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson et al., 2009, Spuij et al., 2012). I de sidste to årtier har forskere argumenteret for, at vedvarende sorglidelse hos voksne er en særskilt lidelse, som bør have en selvstændig diagnose, der kræver en specialiseret behandling (Prigerson et al., 2009). Vedvarende sorglidelse (Prolonged Grief Disorder), som beskrevet hos voksne af Maercker et al. (2013), er i 2018 blevet en diagnose i WHO's klassifikationssystem ICD-11. Der er indtil videre ikke et forslag til en afgrænset sorgdiagnose for børn og unge under 18 år.

Mens det ifølge Prigerson, Vanderwerker og Maciejewski (2008) er muligt at adskille den naturlige fra den vedvarende sorgproces hos voksne, kan det være vanskeligt at adskille naturlig sorg fra kompliceret eller vedvarende sorg hos børn, der udviklingspsykologisk er i konstant forandring emotionelt og kognitivt. Samtidig er børn i sorg påvirkelige af, hvordan deres forældre og nærmeste relationer håndterer tabet og støtter barnet i sorgen. Derfor er det sandsynligt, at sammenhængen mellem kompliceret sorg og risikofaktorer er anderledes hos børn end hos voksne (Dyregrov & Dyregrov, 2013). I forlængelse heraf beskrives børn, der har mistet en forælder, fra et udviklingspsykologisk perspektiv som værende dobbelt udsatte, fordi de både har mistet en forælder og er efterladt med en forælder, der selv er i en sorgproces

og derfor kan have nedsatte forældreevner og udfordringer i hverdagen med barnet (Jensen de López, Knudsen, & Hansen, 2017). Den efterladte forælders trivsel og positive forældreevne er en væsentlig faktor for barnets sorgproces (Sandler et al., 2003).

Sorginterventioner til børn og unge, der har mistet en forælder

I litteraturen om sorginterventioner til børn og unge foreligger der to meta-analyser af effekten af sorgintervention (Currier, Holland, & Neimeyer, 2007; Rosner, Kruse, & Hagl, 2010) og tre systematiske reviews (Bergman, Axberg, & Hanson, 2017; Jensen de López et al., 2017; Curtis & Newman, 2001). Fælles for resultaterne fra de fem studier er, at kvaliteten af de eksisterende interventionsstudier er relativt lav, idet der kun findes få randomiserede kontrollerede effektstudier, og idet sorgmålinger sjældent indgår som outcome-målinger i designet. Det amerikanske *Family Bereavement Program* er dog en undtagelse, og programmet har vist gode resultater for både eftermålinger og for kort- og langsigtede opfølgingsstudier med børn (Sandler et al., 1992; se Jensen de López et al., 2017 for en oversigt). For Currier et al.s (2007) meta-analyse var effektstørrelsen lav (0,14) og ikke signifikant. I en meta-analyse af Rosner et al. (2010) finder de for de studier, der ikke har en kontrolgruppe, en moderat (0,49) effektstørrelse, mens studierne uden en kontrolgruppe har en lav effektstørrelse (0,35). Begrænsningen ved studier uden kontrolgruppe er, at de er forbundet med stor usikkerhed i forhold til, om ændringerne skyldes henholdsvis interventionen, en naturlig modning eller det, at der er gået yderligere tid siden tabet. Udover sorgmålinger analyserede Rosner et al. (2010) også før- og eftermålinger på barnets trivsel og angst. For studierne uden kontrolgruppe var effektstørrelsen for trivsel og angst meget varierede, henholdsvis fra 0,18 til 0,88 og fra 0,18 til 1,27.

To af de systematiske reviews omhandler afgrænsede interventioner for børn og unge, der har mistet en forælder (Bergman et al., 2017; Jensen de López et al., 2017). Resultaterne fra Bergman et al. viser, at selv korterevarende interventioner kan hjælpe børn i sorg, og at interventionstypen i de udvalgte studier fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem gruppeinterventioner med børn og unge og familiebaserede interventioner. Jensen de López et al.s studie undersøgte hvilke måleredskaber, der er anvendt til effektmålinger i interventioner for børn og unge, som har mistet en forælder, samt effekten af de enkelte interventionsstudier (Jensen de López et al., 2017). Af de blot otte studier, der opfyldte kriterierne for inddragelse i analysen, blev der anvendt ikke mindre end 30 forskellige primære og sekundære outcome-måleinstrumenter. Resultater fra dette studie viser ligeledes, at blot to af sorginterventionsstudierne (Sandler et al., 2010; Tonkins & Lambert, 1996) undersøgte effekten af interventionen på børnenes sorg og/eller kompliceret og vedvarende sorg før, efter og/eller ved opfølgingsstudier. I begge interventionsstudier var der signifikante forbedringer i sorgreaktionerne hos

gruppen af børn og unge, der havde modtaget sorgintervention, sammenlignet med gruppen, der ikke havde modtaget interventionen. Resultaterne for Sandler et al.s (2010) studie er begrundet i et robust design og en robust metode, mens resultaterne fra Tonkins og Lamberts (1996) studie må anses for at være mindre robuste. De metodiske begrænsninger ses indenfor følgende aspekter: Forfatterne undersøgte effekten af gruppeterapi i et pilotstudie med 16 børn i en homogen aldersgruppe fra 7-11 år, men børn med kompliceret sorg var blevet ekskluderet fra studiet. I studiet blev der anvendt kliniske interviews som før- og eftermålinger, men reliabiliteten på disse var svingende. Yderligere må studiets resultater tolkes med begrænsninger, da der ikke rapporteres om fidelitetsmålinger for terapien.

Samlet set er der således fortsat svag evidens for effekten af gruppeterapi for børn og unge, der har mistet en forælder. En af årsagerne er, at man hidtil har manglet den fornødne viden om, hvordan man kan afgrænse kompliceret sorg hos børn og unge fra relaterede symptomer, fx depression, angst, adfærdsproblemer og familiemæssige udfordringer forbundet med tab af en forælder. Der er dog de sidste par år sket fremskridt i udviklingen af psykologiske redskaber til at måle komplicerede sorgreaktioner hos børn og unge. Ét af redskaberne er *Inventory of Prolonged Grief* (IPG) til både børn og unge, som er udviklet af hollandske forskere til at identificere børn og unge, der oplever komplicerede sorgreaktioner (Spuij et al., 2012).

Formålet med nærværende pilotstudie er at undersøge ændringer i rapporteret sorg og trivsel efter deltagelse i Børn, Unge & Sorgs gruppeintervention hos 6-15-årige børn og teenagere, der har mistet en forælder, og som følge deraf har udviklet eller er i risiko for at udvikle kompliceret sorg. Studiet giver desuden mulighed for at afprøve en terapimanual, fidelitetsmålinger og udvalgte effektmål. Pilotstudiet er en del af et igangværende *Evidensprojekt*, som er et systematisk projekt, der har til formål på sigt at evidensbasere Børn, Unge & Sorgs interventionstilbud til børn og unge, der har mistet en forælder. Børn, Unge & Sorg er en privatejet organisation, der gennem næsten to årtier har ydet professionel psykoterapi til børn og unge, der har mistet en forælder (se www.bornungesorg.dk).

Metode

Deltagere: I foråret 2016 deltog i alt 21 børn og teenagere i alderen 6-15 år i pilotstudiet, og de var fordelt på tre pilotinterventionsgrupper; en gruppe for de 6-9-årige og to grupper for de 13-15-årige. Forældrene havde forinden selv henvendt sig til Børn, Unge & Sorg for at få hjælp til deres børn. I Børn, Unge & Sorgs tilbud ekskluderes børn/unge, hvis den afdøde forælder var enten psykisk syg eller misbruger, eller hvis barnet eller den unge har eget misbrug eller andre omfattende problemstillinger (omsorgssvigt, alvorlige

spiseforstyrrelser mv.).⁶ Disse børn og unge henvises til anden psykologisk bistand. Børnene og de unge i nærværende studie blev visiteret med kompliceret sorg eller risiko for kompliceret sorg af Børn, Unge & Sorgs psykologer. I den komplicerede sorgreaktion kan der indgå elementer af sorgrelateret angst, depression og PTSD. Visitationen foregik ved et klinisk interview med barn og forælder, hvor der blev indhentet sygehistorie, og hvor barnet/den unge blev vurderet ift. sorgreaktioner, aktuelt og habituelt funktionsniveau samt klinisk indtryk af barn, forælder og samspillet mellem dem.

Af de 21 deltagere besvarede 14 børn (67 %) eller deres forælder spørgeskemaer ved både gruppestart og gruppeafslutning. Den endelige gruppe, som indgik i studiet, bestod således af i alt syv piger og syv drenge i alderen 8-16⁷ år med en gennemsnitsalder på 12,57 ($SD=3,13$). I gruppen for de 6-9-årige deltog fem børn, og for de 13-15-årige deltog der ni unge. Halvdelen af deltagerne havde mistet deres mor og halvdelen deres far. Den primære dødsårsag var kræft, som var tilfældet for otte af deltagerne. Derudover havde deltagerne mistet til hjertestop, selvmord, trafikulykke og andre sygdomme. Tabet havde fundet sted mellem 5 og 28 måneder før gruppeinterventionen ($M=14,0$; $SD=6,76$). Børnene havde modtaget mellem én og seks individuelle samtaler inden gruppeforløbet opstart.

Gruppeterapien: I Børn, Unge & Sorg tages der teoretisk udgangspunkt i *to-proces-modellen* udviklet af sorgforskerne Stroebe og Schut (1999), og der anvendes eklektisk psykoterapi, hvor elementer af psykodynamiske, kognitiv adfærdsterapeutiske og narrative teknikker indgår. Gruppeinterventionen er beskrevet i manualen "Sorgterapi til børn og unge, som har mistet en forælder" (Børn, Unge & Sorg, 2017), og indeholder i alt ti gruppeterapi-sessioner med forskellige temaer.

Temaerne er følgende:

- 1) Velkomst. At lære hinanden at kende
- 2) Hvem var min far/mor som person
- 3) Sygdom/pludseligt dødsfald
- 4) Da forælderen døde
- 5) Bisættelse/begravelse
- 6) Gravstedet, og hvad man tror der sker, når man er død
- 7) Sorgens følelser/svære følelser
- 8) Kammerater og skolen

6 Eksklusionskriterierne er udviklet ud fra praksiserfaringen om, at man ikke kan afhjælpe sorgen over at have mistet en forælder, når andre problemer, fx psykisk sygdom, misbrug eller meget massivt omsorgssvigt, kræver personens fulde opmærksomhed og kalder på behandling, inden man kan påbegynde behandlingen af en kompliceret sorg.

7 Hvis en deltager ligger tæt på aldersgrænsen for to grupper, vurderes det for hver enkelt deltager hvilken gruppe, barnet vil have mest udbytte af at deltage i.

- 9) Hvordan familien har ændret sig og traditioner
- 10) Fremtiden og måder at have den mistede med i livet på

Den eksisterende forskning viser, at særligt interventioner med forældreinddragelse har en effekt på sorgsymptomer (Sandler et al. 2003). Med udgangspunkt i denne viden bestod forældreinddragelse i vores pilotstudie af, at den efterladte forælder undervejs i gruppeforløbet blev orienteret på mail om temaer i gruppegangene. Derudover fik barnet hver gang en hjemmeopgave, hvor forælderen blev inddraget. Midt i forløbet blev der afholdt et forældremøde med psykoedukation om sorgreaktioner og sorgstøtte til børn, og efter den sidste gruppegang blev der afholdt en afsluttende samtale, hvor forælderen og barnet deltog. Forældregruppen fik desuden stillet et lokalt rådighed, hvor de kunne mødes og udveksle erfaringer, mens børnene var i gruppeterapi.

Fidelitetsmålinger: Fidelitet blev evalueret ud fra, hvorvidt terapeuten fulgte manualen. Dette blev undersøgt på to måder.

Først ved at psykologen udfyldte en tjekliste, som blev afkrydset umiddelbart efter hver gruppeterapi-session. Heraf fremgik det, om terapeuten vurderede, at han/hun havde præsenteret centrale temaer og aktiviteter beskrevet i manualen under den enkelte terapi-session. Der blev udarbejdet særskilte kodningsskemaer til hver session. Psykologernes vurderinger blev sammenlignet med to uafhængige kodere vurderinger af samme tilfældigt udvalgte sessioner ved gennemlytning af lydoptagelser. Der blev gennemlyttet ni tilfældige lydfiler: tre lydfiler fra den 6-9-årige gruppe og seks lydfiler fra de to grupper for de 13-15-årige. Den procentvise enighed mellem de uafhængige kodere og psykologerne lå på mellem 78 % og 100 %.

Endvidere blev de udvalgte sessioner kodet med præcise tidspunkter for, hvornår en aktivitet vurderedes at have fundet sted, og disse blev sammenlignet ved hjælp af statistikprogrammet SPSS (vers. 24). Dette blev gjort for at vurdere interreliabiliteten mellem de to kodere, det vil sige, hvordan overensstemmelsen var mellem tidspunkterne i terapi-sessionen, hvor de to kodere genkendte temaerne fra manualen. Interreliabiliteten mellem de to kodere var særdeles høj (Cronbachs $\alpha=0,925$), hvilket indikerer, at deltagerne modtog gruppeterapi i overensstemmelse med beskrivelserne i manualen.

Etik: Forældre og børn blev inden gruppeforløbet informeret om studiet, og forældrene underskrev en samtykkeerklæring, hvor det blandt andet fremgik, at de sessioner, hvori deres børn deltog ville blive lydoptaget og behandlet anonymt. Projektet er anmeldt til datatilsynet (J.nr. 2013-41-1590). Terapeuterne fulgte *De Nordiske Principper* for psykologer. Da studiet er et metodeudviklingsprojekt, skal det ikke anmeldes til Videnskabetisk Komité.

Redskaber til før- og eftermålinger: For at kunne vurdere ændringer hos deltagerne fra før til efter deltagelse i sorggruppeterapien blev der udsendt elektroniske spørgeskemaer via e-mail til de deltagende børn og deres forældre før og efter gruppestart. For børn i alderen 6-9 år var det den efterladte forælder, der besvarede spørgeskemaet. For de 13-15-årige var det den unge selv, der besvarede spørgeskemaet, og her informerede vi den efterladte forælder om at være til stede i tilfælde af, at der var opklarende spørgsmål fra den unge, eller at den unge skulle blive påvirket af at udfylde skemaerne.

Den *primære måling* af udbyttet af gruppeinterventionen var sorgsymptomer, som blev målt ved brug af *Inventory of Prolonged Grief – Children/Adolescents* (IPG-C og IPG-A) (Spuij et al., 2012). Der er udviklet et spørgeskema til børn i alderen 8-12 år (IPG-C) og et spørgeskema til unge i alderen 13-18 år (IPG-A). Forskellen på de to spørgeskemaer består i få sproglige tilpasninger relateret til aldersgrupperne. IPG er udviklet på baggrund af indholdet i sorgskalaen *Inventory of Complicated Grief – Revised* (ICG-R) til voksne (Prigerson & Jacobs, 2001), og IPG er valideret blandt hollandske børn og unge. Der rapporteres om en høj intern reliabilitet (IPG-C Cronbachs $\alpha=0,91$; IPG-A Cronbachs $\alpha=0,94$), samt en signifikant og høj korrelation (IPG-C $r=0,86$; IPG-A $r=0,91$) med andre sorgsmål (Childhood Traumatic Grief) (Spuij et al., 2012). IPG-C er som nævnt valideret fra 8 år, men i samråd med forskerne bag skalaen blev denne vurderet anvendelig ned til 6 år, men blot omformuleret som et forældre-rapporteringsskema. IPG sorgskalaerne består af i alt 30 items med fem likert-svarkategorier: 'aldrig', 'sjældent', 'nogle gange', 'ofte' og 'altid'. Den totale sum ligger på en score mellem på 30 og 150 point. Den oprindelige IPG-skala er en trelikert-skala, men i dette pilotstudie anvendtes en fem-likert-skala for at indfange større variation i sorgsymptomerne. Den danske oversættelse er først foretaget af en professionel engelsk-oversætter, og har derefter gennemgået back-translation i Børn, Unge & Sorg i 2013.

Den *sekundære måling* af udbyttet af gruppeinterventionen var generel trivsel, som blev målt ved spørgeskemaet *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, Meltzer, & Bailey, 2003). SDQ er et kort spørgeskema, der kan identificere psykiske vanskeligheder hos børn og unge. Der er gennemført flere valideringsstudier på skemaerne, også i en dansk kontekst (Niclasen et al., 2012). Skemaet består af 25 items og indeholder fem subskalaer, der indfanger emotionelle problemer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet/uopmærksomhed, relationsproblemer og sociale styrker. Derudover kan SDQ opgøres i henholdsvis internaliseringsproblemer (emotionelle og relationsproblemer) og eksternaliseringsproblemer (adfærdsvanskeligheder og hyperaktivitet), der hver indfanges af ti spørgsmål (<http://sdq-dawba.dk>).

Analysen: Før- og eftermålingerne blev sammenlignet ved brug af den non-parametriske inferentielle-statistiske *Wilcoxon signed-rank test* i SPSS (vers. 24), da dataene ikke er normalfordelt. Effektstørrelse rapporteres ved brug af *Hedges g corrected* (Hedges, 1981) for resultater med signifikant forskel mellem før- og eftermålinger. En effektstørrelse på 0,2 regnes for lille, en effektstørrelse på 0,5 for mellem og en effektstørrelse på over 0,8 regnes for stor. Der blev desuden udregnet en deskriptiv sammenligning af de procentvise ændringer for de enkelte primære og sekundære outcomes.

Resultater

Først rapporteres resultaterne for sammenligningen af før- og eftermålinger for alle deltagere og dernæst særskilt for de to aldersgrupper. For alle deltagere samlet på tværs af de to aldersgrupper var der en nedgang i sorgsymptomer (et gennemsnitligt fald på 13,8 %), som var statistisk signifikant ($p=0,033$) og med en lille til medium effektstørrelse (Hedges $g=0,45$). Derudover var der en nedgang i SDQ-scoren for totale vanskeligheder på 14,6 %, som ikke var signifikant. For SDQ-scoren for emotionelle problemer var der en nedgang på 34,7 % fra førmåling til eftermåling, som var statistisk signifikant ($p=0,018$) og med en medium effektstørrelse (Hedges $g=0,61$). På SDQ-internaliseringsscoren var der en nedgang på 29 % fra førmåling til eftermåling, som var statistisk signifikant ($p=0,012$) og med en medium effektstørrelse (Hedges $g=0,54$). Resultaterne for før-efter-sammenligningen er illustreret i tabel 1.

For de 6-9-årige viser resultaterne fra IPG-C-skalaen en nedgang i gennemsnitlige sorgsymptomer fra før- til eftermålingen på 17 %, som ikke er signifikant. For SDQ-scoren for totale vanskeligheder var der en gennemsnitlig nedgang på 33,3 % for de tre deltagere, der rapporterede på dette mål, hvilket ikke var signifikant. For de 13-15-årige var der en nedgang i sorgsymptomer fra før- til eftermålingen på 12,2 %, som ikke var signifikant. For SDQ-scoren for totale vanskeligheder var der en nedgang på 9,6 %, som ikke var signifikant. For SDQ-scoren for emotionelle problemer var der en nedgang på 34,2 % fra førmåling til eftermåling, som var statistisk signifikant ($p=0,031$) og med en medium effektstørrelse (Hedges $g=0,73$). For internaliseringsscoren var der en nedgang på 24,5 % fra før- til eftermåling, som var statistisk signifikant ($p=0,031$) og med en medium effektstørrelse (Hedges $g=0,53$). Resultaterne for den aldersopdelte før-efter-sammenligning er illustreret i tabel 2.

Tabel 1. Gennemsnit (SD) i før- og eftermålinger, Z-værdi, p-værdi og effektstørrelse for hele gruppen.

	Førmåling gns. (SD)	Eftermåling gns. (SD)	Z-værdi	p-værdi	Hedges g effekt størrelse ^a (95% CI)	% reduktion
Sorgsymptomer (n=14)	67,43 (19,12)	58,14 (20,80)	-2,138	0,033	0,45 (-0,94 – 7,36)	13,8%
Generel trivsel (n=12) ^b	10,92 (4,25)	9,33 (5,22)	-1,160	0,246		14,6%
Emotionelle problemer	3,83 (2,33)	2,50 (1,83)	-2,372	0,018	0,61 (-0,23 – 1,45)	34,7%
Adfærdsproblemer	1,50 (0,80)	1,92 (2,19)	-0,246	0,641		-28,0%
Hyperaktivitet	1,92 (1,88)	3,33 (3,37)	-0,718	0,473		-73,4%
Relationsproblemer	1,92 (1,88)	1,58 (1,16)	-0,877	0,380		17,7%
Sociale styrker	7,50 (1,24)	7,75 (1,48)	-0,306	0,706		-3,3%
Internalisering	5,75 (3,47)	4,08 (2,47)	-2,504	0,012	0,54 (-0,67 – 1,74)	29,0%
Eksternalisering	5,17 (2,17)	5,25 (4,41)	-0,179	0,858		-1,5%

^aHedges g beregnes kun for signifikante forskelle

^bTo forældre blandt de 6-9-årige besvarede kun den første del af spørgeskemaet indeholdende IPG og indgik derfor ikke i denne analyse.

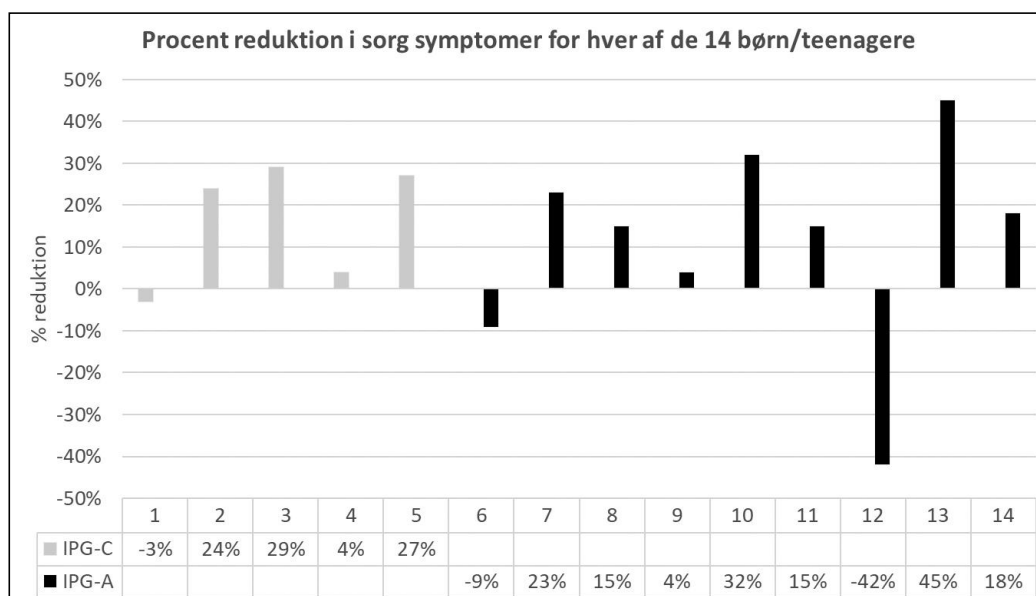
Tabel 2. Aldersopdelt gennemsnitscore (SD) i før- og eftermålinger, Z-værdi, p-værdi og effektstørrelse.

	Førmåling gns. (SD)	Eftermåling gns. (SD)	Z-værdi	p-værdi	Hedges g effekt størrelse ^a (95% CI)	% reduktion
6-9-årige						
Sorgsymptomer (n=5)	57,40 (19,19)	47,40 (15,31)	-1,753	0,080		17,4%
Generel trivsel (n=3) ^b	9,00 (5,29)	6,00 (5,57)	-0,535	0,593		33,3%
Emotionelle problemer	1,67 (1,15)	1,00 (0,00)	-1,000	0,317		40,1%
Adfærdsproblemer	1,33 (1,15)	0,33 (0,58)	-1,089	0,276		75,2%
Hyperaktivitet	3,67 (1,53)	3,67 (5,51)	0,000	1,000		0,0%
Relationsproblemer	2,33 (3,21)	1,00 (1,73)	-1,342	0,180		57,1%
Sociale styrker	8,33 (1,15)	7,67 (2,08)	-0,447	0,655		7,9%
Internalisering	4,00 (4,36)	2,00 (1,73)	-1,342	0,180		50,0%
Eksternalisering	5,00 (1,00)	4,00 (6,08)	0,000	1,000		20,0%
13-15-årige						
Sorgsymptomer (n=9)	73,00 (17,67)	64,11 (7,25)	-1,365	0,172		12,2%
Generel trivsel (n=9)	11,55 (4,00)	10,44 (4,93)	-1,127	0,260		9,6%
Emotionelle problemer	4,56 (2,19)	3,00 (1,87)	-2,156	0,031	0,73 (-0,21 – 1,67)	34,2%
Adfærdsproblemer	1,56 (0,72)	2,44 (2,30)	-1,119	0,263		-56,4%
Hyperaktivitet	3,67 (2,50)	3,22 (2,82)	-0,782	0,434		12,3%
Relationsproblemer	1,78 (1,48)	1,78 (0,97)	0,000	1,000		0,0%
Sociale styrker	7,22 (1,20)	7,78 (1,39)	-0,904	0,366		-7,8%
Internalisering	6,33 (3,20)	4,78 (2,33)	-2,154	0,031	0,53 (-0,77 – 1,82)	24,5%
Eksternalisering	5,22 (2,49)	5,67 (4,09)	-0,568	0,570		-8,6%

^aHedges g og CI beregnes kun for signifikante forskelle

^bTo forældre blandt de 6-9-årige besvarede kun den første del af spørgeskemaet indeholdende IPG og indgik derfor ikke i denne analyse.

Studiets relativt lille samplestørrelse gør det interessant og ligeledes også muligt at vurdere de individuelle forskelle i rapporteringer af ændringer i sorgreaktioner efter interventionen. De individuelle scores fra IPG-sorgskemaerne er illustreret i figur 1 og giver overblik over omfanget af de individuelle variationer på tværs af de deltagende børn og unge.



Figur 1. Individuelle forskelle i procentvis reduktion af sorgsymptomer.

Størstedelen af deltagerne (79 %) rapporterede en procentvis nedgang i deres sorgsymptomer efter interventionerne, og variationen strakte sig fra 4 % til 45 %, mens de resterende tre deltagere rapporterede en procentvis stigning i sorgsymptomer og med samme variation (3 % til 42 %).

Diskussion

Dette pilotstudie er det første danske studie, der undersøger udbytte af sorgintervention for børn og teenagere. Resultaterne indikerer, at børn og teenagere, der udvikler eller er i risiko for at udvikle kompliceret sorg som følge af forældretab, rapporterer at have signifikant reducerede sorgsymptomer og signifikant forbedret generel trivsel efter at have deltaget i gruppepsykoterapi. I tråd med tidligere forskning på området, peger resultaterne her på en lille til moderat effektstørrelse (Rosner et al., 2010). Studiets fidelitet på tværs af forskellige terapeuter blev endvidere vurderet til at være god, hvilket tyder på, at den manualbaserede intervention blev gennemført, som det var hensigten, og at alle deltagerne blev præsenteret for samme type intervention.

I meta-studiet af Rosner et al., (2010) ses der for 12 studier, der til dels er sammenlignelige med vores studie, fordi de ikke har en kontrolgruppe, at

effektstørrelsen var 0,49, hvilket stemmer godt overens med vores overordnede effektstørrelse på 0,45. Derudover finder Rosner et al. (2010) en ikke-signifikant tendens til, at ældre børn og unge (12-20-årige) får marginalt større udbytte (effektstørrelse = 0,52) af interventionen end yngre børn (3-12-årige; effektstørrelse = 0,43). Selvom forskellen blot er moderat og med udgangspunkt i en bredere aldersvariation end den i vores studie, så viser vores resultater det modsatte billede, hvor det er den yngre aldersgruppe (6-9 år), der rapporteres at opleve det største fald i symptomer med et gennemsnitligt fald på 17,4 % versus 12,2 %. Forskellen mellem de to aldersgrupper i nærværende studie er dog moderat, og pga. den lille samplestørrelse er det ikke muligt at konkludere endeligt ift. forskellen. En styrke ved vores studie er, at aldersgrupperne er særdeles homogene sammenlignet med de aldersgrupper, der rapporteres i den eksisterende litteratur. I meta-analysen af Rosner et al. (2010) fremgår det endvidere, at det er de mest belastede børn, som får det største udbytte af behandlingen. Ser man på førmåling af IPG og SDQ i vores studie, er børnegruppen i udgangspunktet mindre belastet end teenagegrupperne. Idet vores studie bygger på ganske få respondenter, kunne der være forskellige forklaringer på dette resultat i sammenligning med resultatet fra meta-analysen. En mulig forklaring kunne være, at der for børnegruppen er tale om forælderreportering, og der kan ifølge nogle forskere være en tendens til, at forældre underrapporterer tyngden af børnenes vanskeligheder (Weller et al., 1991; Dyregrov, 2011). En anden mulig forklaring har at gøre med begrænsningerne ved et pilotstudie i sig selv. Der deltog fem børn i den yngste gruppe og ni i den ældste, hvilket ikke genererer tilstrækkelig power til at understøtte konklusioner om en effekt i forhold til intervention i de forskellige aldersgrupper, men resultaterne kan bidrage med information, der kan være anvendelig som grundlag for et fremtidigt større randomiseret studie.

Resultatet af vores pilotstudie viser samlet set, at størstedelen af deltagerne oplever en nedgang i sorgsymptomer, mens der for enkelte deltagere omvendt opleves en stigning i sorgsymptomer. Ift. psykoterapi generelt ses det, at ikke alle har udbytte af psykoterapeutisk behandling. For amerikanske børn ses det, at op til 24 % af børn og unge mellem 4-17 år oplever en forværring i symptomer efter psykoterapeutiske forløb målrettet forskellige diagnoser, såsom angst og PTSD (Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, & Burlingame, 2010). Så vidt vi kender til, findes der ikke lignende viden relateret til gruppeterapi for sorg. Mht. den generelle trivsel, finder vi i vores pilotstudie et fald i emotionelle problemer og dermed også internaliseringsproblemer, men ikke for de øvrige SDQ-scores og -subskalaer. Vores resultat er i overensstemmelse med resultaterne i studiet af Spuij et al. (2015). I nærværende studie var førmåling-scoren for emotionelle problemer for de 13-15-årige let forhøjet ift. danske cut-off-scores, og ved eftermålingen rapporteres problemerne at ligge indenfor normalområde. Det kan dog ses som en begrænsning ved vores pilotstudie, at det indfanger et meget afgrænset

område af trivsel og blot er målt ved anvendelse af ét enkelt redskab. I fremtiden kunne det være relevant ligeledes at undersøge terapiens effekt på andre psykologiske problemer og risikofaktorer forbundet med kompliceret og vedvarende sorg. Det at miste en forælder som barn eller ung er eksempelvis også relateret til risikoen for at udvikle psykologiske problemer (Dowdney, 2000; for en oversigt, se Jensen de López et al., 2017).

I vores sample var der stor spredning i, hvor lang tid der var gået siden barnet/teenageren havde mistet (fra 5 til 28 måneder). I forhold til de forventede beskrivelser af patologiske sorgreaktioner kan intense sorgreaktioner, der varer ved ud over seks måneder efter tabet, tyde på en form af kompliceret sorg, og det er netop et af kriterierne for vedvarende sorg blandt voksne. Når det gælder børn og teenagere kan seks måneder være for lang tid at vente, før man gennemfører en intervention. Hvis børn oplever problemer, der påvirker deres funktion og relationer, anbefales der fra den nordiske sorgforskning at intervenere langt tidligere (Dyregrov & Dyregrov, 2013). Forskningslitteraturen om kompliceret sorg hos børn og unge er, som nævnt tidligere, meget spinkel, og der mangler angivelser af hvor lang tid, der skal gå efter dødsfaldet, før man kan vurdere, om der er tale om kompliceret sorg hos børn og unge. I vores pilotstudie var det af hensyn til anonymitet ikke muligt at rapportere om enkelte casestudier med fokus på sammenhæng mellem udbytte af terapi, tid siden tab og evt. dødsårsag. Fremtidig forskning om faktorer, der kan påvirke udbyttet af sorgintervention for danske børn og unge, bør inddrage et større sample, således at disse aspekter ville kunne udforskes statistisk og anonymt.

Som redegjort for i introduktionen er det meget begrænset, hvilke sorgmålingsredskaber, der er tilgængelige for børn og unge. I Danmark er der i øjeblikket ingen validerede sorgmålinger, og de redskaber, vi har anvendt i vores studie (IPG), er udviklet blandt hollandske deltagere (Spuij et al., 2012). I vores studie valgte vi at anvende en fem-likert-skala frem for den oprindelige tre-likert-skala for at måle en større variation i sorgsymptomerne. Det betyder, at vi ikke har mulighed for at vurdere udbyttet af terapien direkte ved at sammenligne med resultater fra tidligere studier, der anvender IPG. Vores vurdering af hvorvidt deltagerne har haft kompliceret sorg har derfor i stedet beroet på vurderingerne fra erfarne kliniske sorgpsykologer.

Ifølge Stroebe og Schuts to-proces-model er mennesker med en naturlig sorg i stand til at pendulere mellem den tabsorienterede proces og den re-etablerende proces samt hverdagsaktiviteter, som ikke har med sorgen at gøre, men som efterhånden fylder mere og mere i den efterladtes liv (Stroebe & Shut, 1999). I den udvidede to-proces model, hvor familieniveauet er tilføjet, plæderes der for, at individets pendulering mellem processerne også forstås i relation til familiens sorgproces (Stroebe & Shut, 2015). For børn og teenagere er dette i særlig grad udtalt, idet børn og hjemmeboende teenagere er prisgivet at være i en familie og underlagt de strukturer og rammer, som forældre eller værger sætter op. Derfor giver det også mening at se børnene

og teenagernes sorgreaktioner i en bredere kontekst, hvor de skal støttes i en adaptiv forståelse af både deres egen og familiens sorgproces. Ifølge Stroebe og Schut (2015) kan familien være med til at hjælpe børnene og teenagerne med at håndtere sorgen på en god måde. Modsat kan familien også i sig selv være en af de faktorer, som er med til at komplicere sorgen. Som eksempel nævner Stroebe og Schut (2015), at i familier, hvor en forælder er død, kan introduktionen af en ny partner skabe konflikter mellem forskellige familiedlemmer. Den efterladte forælder og børnene kan befinde sig forskellige steder i deres sorgproces og have divergerende forståelser af nye roller og identiteter i familien. En diskrepans mellem forældres og børns sorgproces eller omfattende familierelaterede problemer kan i denne forståelsesramme være medvirkende til, at et forløb i *Børn, Unge & Sorg* ikke kan afhjælpe alle de problematikker, barnet kommer med (se Dueholm, Pedersen, & Poulsen i dette særnummer af *Psyke & Logos*). Som Stroebe og Schut (2015) konkluderer, er familiens indvirkning på individets sorgproces et område, der mangler viden om.

Inden implikationer for forskning og praksis diskuteres, skal her påpeges styrker og begrænsninger ved vores studie. Som understreget af Dowdney (2000) er en af de metodiske udfordringer indenfor forskningen i effekt af interventioner for børn, der har mistet en forælder eller en søskende, at resultaterne er svære at generalisere. Dette skyldes mindst tre metodiske årsager: For det først er gruppen af deltagerne (samplet) sjældent repræsentative for den samlede befolkning. Dernæst er det en udfordring at rekruttere sorgramte børn og unge, efter at de har mistet en forælder, da den efterladte familie ofte er i krise, hvorfor forskere ofte må anvende pragmatiske metoder til at rekruttere deres deltagere, fx gennem bedemænd, dødsannoncer og lignende. I nærværende studie var svarprocenten på de respektive spørgeskemaer forholdsvis lav (67 %), men denne procentsats anses som høj indenfor sorgstudier og ses som en styrke i vores studie. Ifølge Dowdney (2000) er svarprocenten fra deltagere i sorgstudier nemlig kun mellem 50 % og 63 %. En anden styrke ved vores sample er, at deltagerne er rekrutteret på en homogen måde, ved at de alle er udvalgt, fordi deres forældre selv har henvendt sig til *Børn, Unge og Sorg* for at få hjælp.

En anden svaghed i forskningen om effekten af intervention for børn og unge, der har mistet forældre, er, at få studier er i stand til at kontrollere for køns- og/eller aldersforskelle. Fra et udviklingspsykologisk perspektiv og ligeledes fra litteraturen om begyndelsestidspunkt for psykiatriske lidelser bør man forvente, at kompliceret sorg vil komme til udtryk på forskellig vis afhængigt af alder og køn. Der ses ligeledes, at køn og alder er medierende faktorer i forhold til børns sorgproces og i forhold til effekten af behandlingen (Worden & Silverman, 1996; Pfeffer, Hong, Tatsuyuki, Judy, & Michelle, 2002; Sandler et al., 2003; Sandler et al., 2010; Jensen de López et al., 2017). Samplestørrelsen i vores studie har ikke tilladt, at vi har kunnet analysere disse medierende faktorer i forhold til udbyttet af terapien. Til gen-

gæld rapporterer vi resultater for to afgrænsede homogene aldersgrupper, 6-9-årige og 13-15-årige, som er to aldersperioder med forholdsvis lidt udviklingspsykologiske udsving/forandringer, hvilket ligeledes ses som en styrke.

En sidste velkendt metodisk svaghed i den eksisterende forskning om effekten af interventioner over for børn og unge, der har mistet en forælder, er, at der kun eksisterer få studier, der har en kontrolgruppe (se Jensen de López et al., 2017). Uden en kontrolgruppe er det ikke muligt at konkludere, hvorvidt den signifikante nedgang i sorgreaktioner i studiet skyldes terapien, at børnene fik større tidsmæssig afstand til dødsfaldet, at børnene var blevet ældre eller andre udefra kommende faktorer. Denne begrænsning vurderer vi som den største svaghed ved nærværende pilotstudie.

Implikationer for forskning og praksis

Dette pilotstudie giver mange implikationer for fremtidig forskning i sorginterventioner målrettet børn og teenagere med kompliceret sorg eller i risiko for kompliceret sorg. Som beskrevet i diskussionsafsnittet er der behov for større og kontrollerede studier med flere og mere præcise måleredskaber. I Børn, Unge & Sorg indsamles der nu venteliste-kontrolldata, sorgmåleredskaberne er revideret (IPG-C og IPG-A anvendes nu som 3-likert-skalaer) og der er tilføjet psykologiske skalaer for angst, depression og PTSD for at indfange flere aspekter af risikofaktorer relateret til den komplicerede sorg. Derudover arbejdes der fremadrettet indenfor rammerne af et mixed-metods-forskningsdesign, hvor der udover selv- eller forældrerapporterede kvantitative målinger af effekten af gruppeterapien ligeledes gennemføres kliniske og kvalitative interviews med børn, unge og forældre om det oplevede kvalitative udbytte af terapien (se Dueholm et al., 2019 samt Knudsen et al., 2019).

Pilotstudiet tydeliggør behovet for at kunne identificere, hvilke faktorer der har betydning for børns sorgproces og deres udbytte af psykoterapien. En implikation for praksis er, at psykologerne i Børn, Unge & Sorg efter pilotstudiet anvender IPG-C-skalaen og IPG-A-skalaen som et supplement til den kliniske vurdering i visitationen af børn og unge med kompliceret sorg og i risiko for at udvikle kompliceret sorg, med henblik på mere systematisk at inddrage sorgmål i visitation og behandling. I forhold til behandling vil en sådan systematik give mulighed for i højere grad at sammenholde data om sorgfaktorer med udbytte af terapien, således at man får mere specifik viden om, for hvem denne behandling har effekt, ligesom det vil give et grundlag for at justere og tilrettelægge behandlingen ud fra elementer i interventionen, der fokuserer på angst, traumatiske reaktioner eller familierelaterede problemer – alt efter hvad der er fremtrædende hos deltagerne. I Børn, Unge &

Sorgs behandlingsmodel vil der bl.a. være mulighed for at målrette de forudgående individuelle samtaler, således at barnet kan få større udbytte af gruppeterapien efterfølgende.

Opmærksomheden på betydningen af den tilbageværende forælders tilstand for barnets sorgproces giver anledning til overvejelser om, hvordan man bedst hjælper familien i de tilfælde, hvor det i høj grad er forælders egen sorg, der påvirker barnets sorgproces. Dette kan indebære en intervention på flere niveauer i samfundet. Dels kan der være behov for at indtænke sorgbehandling til den tilbageværende forælder, familiebehandling og/eller inddragelse af skolen i kombination med behandling af barnet. Dels kan der være behov for en bredere indsats i samfundet med bl.a. opkvalificering af fagprofessionelle som læger, sygeplejersker, skolelærere, socialrådgivere og præster, som skal yde sorgstøtte bredt, og som skal bidrage til at viderehenvise sørgende med kompliceret sorg til professionel behandling. Det Nationale Sorgcenter er aktuelt i gang med at kortlægge behovet for en sådan opkvalificering.

Konklusion

Dette pilotstudie er det første danske studie af sorginterventioner målrettet børn og teenagere, der har mistet en forælder. Pilotresultaterne indikerer, at børn og teenagere, der har mistet en forælder og som følge deraf har kompliceret sorg eller er i risiko for at udvikle kompliceret sorg, udviser reducerede sorgsymptomer og forbedret trivsel efter deltagelse i gruppeterapien. Studiet viser i tråd med den eksisterende forskning på området en lille til moderat effekt af interventionen. Studiets resultater bør tolkes med forbehold på grund af den lille studiepopulation og manglende kontrolgruppe, men pilotresultaterne bidrager med nyttig viden i forhold til fremtidige studier og videreudvikling af området.

Tak

Vi vil gerne takke de fonde, der støtter Børn, Unge & Sorgs Evidensprojekt: VELUX FONDEN, Helsefonden, Socialstyrelsen, Ole Kirk's Fond, Færchfonden og Aase og Ejnar Danielsens Fond. Derudover vil vi gerne takke de børn og forældre, som har brugt tid på at udfylde spørgeskemaerne samt Lærke Darling Dueholm og Stine Dølby for dataindsamling samt kodning af fidelitetslydfiler.

Referencer

- Appel, C. W., Johansen, C., Deltour, I., Frederiksen, K., Hjalgrim, H., Dalton, S. O., Bidstrup, P. E. (2013). Early parental death and risk of hospitalization for affective disorder in adulthood. *Epidemiology*, *24*(4), 608-615. doi:10.1097/EDE.0b013e3182915df8
- Berg, L., Rostila, M., & Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *57*(9), 1092-1098. doi:10.1111/jcpp.12560
- Berg, L., Rostila, M., Saarela, J., & Hjern, A. (2014). Parental death during childhood and subsequent school performance. *Pediatrics*, *133*(4), 682-689. doi:10.1542/peds.2013-2771
- Bergman, A. S., Axberg, U., & Hanson, E. (2017). When a parent dies – a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliative Care*, *16*(1), 39. <http://doi.org/10.1186/s12904-017-0223-y>
- Børn, Unge & Sorg. (2017). *Sorgterapi til børn og unge, som har mistet en forælder*. (Manual til kursister).
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of Bereavement interventions with Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol 36 (2) 253-259 <http://doi.org/1080/15374410701279669>
- Curtis, K., & Newman, T. (2001). Do community-based support services benefit bereaved children? A review of empirical evidence. *Child Care Health and Development*, *27*(6):487-95. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2001.00232.x>
- Danmarks Statistik. (2018). Lokaliseret den 01.06.2018 på <http://www.dst.dk/da/search?q=brn10&ui=dstdk>
- Dowdney, L. (2000). Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *41*(7), 819-30.
- Dueholm, L. D., Pedersen, T. P., & Poulsen, S. (2019). *Børn og unges oplevelser af sorggrupeforløb*. Psyke & Logos, 40(2).
- Dyregrov, A. (2011). *Sorg hos børn : en håndbog for voksne* (2. udg.). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2013). Complicated Grief in Children. I: Stroebe, M., Schut, H., & van den Bout, J. (Red.), *Complicated Grief Scientific Foundations for health care professionals* (s. 68-81). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, *15*(1-2), 173-7. <http://doi.org/10.1080/0954026021000046137>
- Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., ... Vestergaard, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood. *JAMA Psychiatry*, *72*(12), 1227. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094>
- Hedges, L. V. (1981). Distribution Theory for Glass's Estimator of Effect size and Related Estimators. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, *6*(2), 107-128. <http://doi.org/10.3102/10769986006002107>
- Jensen de López, K., Knudsen, H.B.S., & Hansen, T. G. B. (2017). What Is Measured in Bereavement Treatment for Children and Adolescents? A Systematic Literature Review. *Illness, Crisis & Loss*, 105413731774171. <http://doi.org/10.1177/1054137317741713>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*(3), 180-187. <http://doi.org/10.1037/a0036836>

- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: A longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145-1154. <http://doi.org/10.1097/00004583-201011000-00008>
- Knudsen, H.B.S., Pedersen, T. P., Engelbrekt, P., & Jensen de López, K. (2019). Unge voksne med risiko for at udvikle kompliceret sorg – et feasibility studie relateret til gruppeterapi. *Psyke & Logos*, 40(2).
- Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2019). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse – begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, 39(1), 15-36.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloutre, M., Reed, G. M., Rousseau, C., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381, 1683-1685. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911-919. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
- Niclasen, J., Teasdale, T. W., Andersen, A.-M. N., Skovgaard, A. M., Elberling, H., & Obel, C. (2012). Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: the SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One*, 7(2), e32025. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0032025>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. I: Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W., & Schut, H. (Red.), *Handbook of bereavement research; consequences, coping and care* (s. 613-637). Washington DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (Red.), *Handbook of bereavement research and practice* (s. 165-186). Washington DC: American Psychological Association.
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34(2), 99-136. <http://doi.org/10.1080/07481180903492422>
- Sandler, I., Ayers, T. S., Tein, J.-Y., Wolchik, S., Millsap, R., Khoo, S. T., ... Coxé, S. (2010). Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 907-914. <http://doi.org/10.1016/j.ypsy.2011.04.012>
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J., Kwok, O., Haine, R. A., ... Weyer, J., L. (2003) The Family Bereavement Program: Efficacy Evaluation of a Theory-Based Prevention Program for Parentally Bereaved Children and Adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 71, No. 3, 587-600. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.587>
- Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Tein, J., ... Ramirez, R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology*, 20(4), 491-521. <http://doi.org/10.1007/BF00937756>
- Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents: Dutch IPG-C and IPG-A. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 540-551. <http://doi.org/10.1002/cpp.765>

- Spuij, M., Dekovic, M., & Boelen, P. A. (2015). An open Trial of 'Grief-Help': A Cognitive-Behavioural Treatment for prolonged grief in Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 185-192. <http://doi.org/10.1002/cpp.1877>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <http://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family Matters in Bereavement. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873-879. <http://doi.org/10.1177/1745691615598517>
- Tonkins, S. A. M., & Lambert, M. J. (1996). A treatment outcome study of bereavement groups for children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 13(1), 3-21. <http://doi.org/10.1007/BF01876592>
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144-55. <http://doi.org/10.1037/a0018544>
- Weller, R. A., Weller, E. B., Fristad, M. A., & Bowes, J. M. (1991). Depression in recently bereaved prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1536-1540. <http://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1536>
- Worden, J. W., & Silverman, P. R. (1996). Parental Death and the Adjustment of School-Age Children. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 33(2), 91-102. <http://doi.org/10.2190/P77L-F6F6-5W06-NHBX>