

Behandling av komplisert sorg

- En systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier

Sorg er en naturlig reaksjon på tap, men for noen kan sorgen utvikle seg til en psykisk lidelse. Hvilken behandling bør de få?

TEKST

Janne Øen Hansen

Tonje Ada Brandser

Jens C. Thimm

PUBLISERT 2. januar 2020

ABSTRACT:

Treatment of complicated grief

A systematic overview and meta-analysis of randomized control studies

The loss of a loved one is a major life stressor. Approximately 10 % of bereaved experience a persistent and intense grief reaction that is associated with considerable suffering and functional impairment (complicated or prolonged grief). The aim of the present study is to summarize current knowledge about treatment approaches. We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies that have evaluated the effect of different approaches to the psychological treatment of complicated grief among adults. We identified 14 studies that met our inclusion criteria. Results suggest that the investigated approaches are effective in reducing symptoms of complicated grief. Cognitive restructuring, exposure, and behavioural activation are used in several treatment approaches and are considered important elements for an effective treatment of complicated grief.

Keywords: complicated grief, prolonged grief, Randomized Control Studies, treatment effect

Å miste en nær person kan være en av de mest smertefulle opplevelsene i livet. Normale sorgreaksjoner omfatter et bredt spekter av følelser, kognisjoner og atferd, som for eksempel tristhet, sinne, lengsel, nummenhet, vantro, forvirring, søvnforstyrrelser og sosial tilbaketrekning (Worden, 2008). De fleste som opplever sorg, går gjennom en vond, men naturlig sorgprosess, der de sorgrelaterte reaksjonene gradvis avtar over tid (Jordan & Litz, 2014). For noen blir imidlertid sorgen et alvorlig psykisk helseproblem når den ikke går over (Prigerson et al., 2009). Denne tilstanden har blitt kalt, blant annet, komplisert sorg (Shear et al., 2011) eller forlenget sorgforstyrrelse (Prigerson et al., 2009). I det følgende brukes begrepene «komplisert sorg» og «forlenget

sorgforstyrrelse» om hverandre. Tilstanden karakteriseres av intens sorg som varer lenger enn forventet ut ifra sosiale og kulturelle normer (Prigerson et al., 2009). Kjernesymptomer ved komplisert sorg er separasjonsubehag med vedvarende lengsel og overopptatthet av den avdøde (Dyregrov, Dyregrov, & Kristensen, 2014). Videre innebærer komplisert sorg ofte påtrengende tanker om eller bilder av den avdøde, vantro, manglende evne til å akseptere tapet og intense og smertefulle emosjoner (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008; Shear, 2015). Tilstanden medfører et betydelig psykisk ubehag og funksjonsnedsettelse og kan være forbundet med suicidalitet og utvikling av alvorlige sykdommer. (Prigerson et al., 2009; Simon, 2013). En metaanalyse fant en prevalens av komplisert sorg på opptil 10 % hos individer som opplever sorg (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017). Å miste et barn har blitt identifisert som en risikofaktor for utvikling av komplisert sorg (Rosner, 2015). Videre har død som følge av vold eller selvmord vist seg å være en risikofaktor, i tillegg til høy nevrotisisme, utrygg tilknytningsstil og manglende sosial støtte (Burke & Neimeyer, 2013). Empiri viser at komplisert sorg skiller seg fra alvorlig depresjon, posttraumatisk stresslidelse og andre angstlidelser (Barnes, Dickstein, Maguen, Neria, & Litz, 2012; Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser, & van den Bout, 2010).

Komplisert sorg representerer en psykisk lidelse som krever behandling, noe som reflekteres i innføringen av diagnosen «forlenget sorgforstyrrelse» (prolonged grief disorder) i ICD-11 (World Health Organization, 2018). Det er derfor behov for kunnskap om etablerte behandlingsformer for komplisert sorg. Behandlingseffekter av intervensjoner for komplisert sorg har tidligere blitt oppsummert i en metaanalyse av Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky og van Heeringen (2011). Metaanalysen tok for seg randomiserte kontrollerte studier (RCT) av forebygging og behandling av komplisert sorg, hvor forebyggende intervensjoner ble funnet å ikke være effektive. På den annen side viste Wittouck og kollegaer (2011) at de seks inkluderte intervensjonene for behandling av komplisert sorg effektivt reduserte sorgsymptomer. Hensikten med denne studien er å gi en oppdatert oversikt over eksisterende forskning på behandling av komplisert sorg hos voksne. Dette har blitt gjort ved å identifisere behandlingsstudier av psykologiske behandlingsformer rettet mot komplisert sorg i RCT-studier, og hva som eventuelt gjør dem effektive.

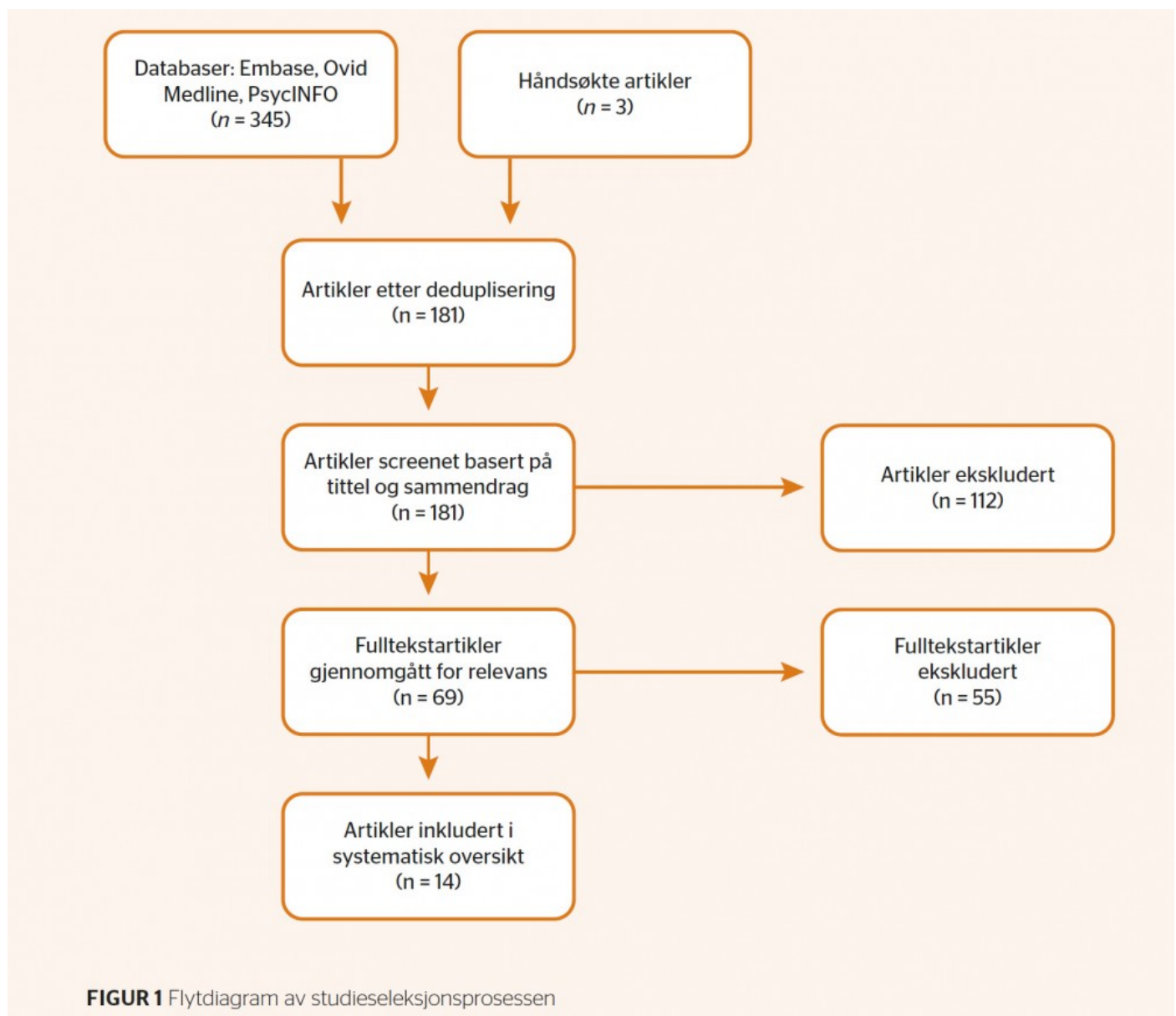
Metode

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i tråd med PRISMA-retningslinjene (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Prisma Group, 2009). Vi gjorde et kombinert søk i Ovid Medline (1946 til 2017), Embase Classic + Embase (1947 2017) og PsycINFO (1806 til 2017) (20.10.17). Publikasjoner tilgjengelig opp til og med 20. oktober 2017 er inkludert. Søket benyttet følgende søketermer: (complicated grief* or prolonged grief disorder* or prolonged grief* or complicated grief disorder* or persistent complex bereavement disorder* or pathological grief* or traumatic grief*) AND (therapy* or treatment* or method* or intervention* or model*). Det ble lagt til et RCT-filter i søket. Ved

gjennomgang av referanselistene til publikasjoner identifisert i litteratursøket indentifiserte vi videre relevante artikler som møtte inklusjonskriteriene (håndsøk).

For at studier skulle bli inkludert i vår metaanalyse, måtte intervensjonen som ble evaluert basere seg på psykologiske behandlingsmetoder, og studien måtte ha anvendt et randomisert kontrollert design, hvor effekten av intervensjonen for komplisert sorg ble sammenlignet med en kontrollgruppe (for eksempel venteliste, støttesamtaler, vanlig behandling). Utvalget måtte bestå av voksne deltakere (>18 år) og inkludere minst 20 deltakere. Deltakere måtte oppfylle kriterier for en komplisert sorgdiagnose og/eller skåre over terskelverdien på validerte utredningsinstrumenter for komplisert sorg. Det var ingen restriksjoner knyttet til språk, publiseringsdato eller publiseringsstatus.

Studier ble ekskludert dersom formålet med studien var å undersøke generelle forebyggende tiltak for komplisert sorg eller tiltak før forventet dødsfall (palliativ omsorg). Studier som inkluderte farmakologiske intervensjoner eller fokuserte på en intervensjon for mennesker som har opplevd tap i krigsrammede land ble også ekskludert. Det samme ble intervensjoner designet for andre tapsrelaterte reaksjoner enn komplisert sorg.



FIGUR 1 Flytdiagram av studieseleksjonsprosessen

Vi brukte Randomized Controlled Trial Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS; Kocsis et al., 2010) for å vurdere metodologisk kvalitet i de inkluderte studiene. Skalaen består av 24 ledd som blir vurdert på en skala fra 0 til 2 pluss en totalvurdering av studiekvaliteten på en skala fra 1 til 7. En total kvalitets-skåre på 24 eller over indikerer en vel gjennomført studie (Gerber et al., 2011). Skalaen har vist god interrater-reliabilitet, intern konsistens og ekstern validitet (Kocsis et al., 2010). Kvalitetsvurderingen ble foretatt av sisteforfatteren.

Dersom en studie rapporterte gjennomsnitt og standardavvik for et mål på symptomer på komplisert sorg før og etter behandlingen i intervensjons- og sammenligningsgruppen, ble effektstørrelser (Hedges' g) beregnet og studien inkludert i en metaanalyse. Effektstørrelser som er større enn .8, betegnes som store effekter (Cohen, 1992). Korrelasjonen mellom pretest og posttest ble satt til .7 (jf. Rosenthal, 1993). I metaanalysen ble en random-effect-modell lagt til grunn. Studienes heterogenitet ble estimert ved hjelp av I^2 -statistikken (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003). Ifølge Higgins og kollegaer (2003) indikerer verdier på 25 %, 50 % og 75 % henholdsvis lav, moderat og stor heterogenitet. Utrekningen av effektstørrelser og metaanalysen ble gjennomført ved hjelp av R (R Core Team, 2019) og pakkene esc (Lüdecke, 2019) og meta (Schwarzer, 2019).

Resultater

Søkeprosessen er vist i figur 1. Totalt 14 studier ble vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene. Studiekarakteristikk og resultater er fremstilt i tabell 1. Det totale antallet deltakere i de 14 studiene var 1050, med en betydelig overvekt av kvinner (i snitt 81,2 %). Totalskårer fra kvalitetsvurdering av de individuelle studiene er presentert i tabell 1. Skårene varierte fra 23 til 44 ($M = 31,79$).

Inkluderte studier undersøkte en rekke behandlingstilnærminger, som kognitiv terapi, interpersonlig psykoterapi, støtteterapi, komplisert sorgterapi, atferdsaktivering, eksponeringsterapi, kognitiv narrativ psykoterapi, gruppeterapi med fokus på fortolkning, metakognitiv terapi, psykoedukasjon og egenomsorg (tabell 1). Sju av de 14 studiene retter seg mot individuell behandling, tre av studiene brukte gruppeterapi i sin tilnærming, og én studie brukte en kombinasjon av individuell og gruppetilnærming. Behandlingen ble i to studier gitt via internett, mens én studie fokuserte på psykoedukasjon for individer og støttepersoner. Det var stor variasjon i antall behandlingstimer og varighet av behandlingsforløp. Antall terapitimer varierte fra fire til 25. Varigheten av behandlingsforløpet varierte fra fire uker til ni måneder. Gjennomsnittlig frafall i intervensjonsgruppen var 20 % med et spenn fra 0 % til 59 %.

Tabell 1. Oversikt over inkluderte studier

Forfatter	Utvalg ¹ (M alder; kjønn)	Intervensjon (n) ²	Sammenligning (n) ²	Varighet	Utfalls mål	Frafall i intervensjonsgruppen (sammenligningsgruppe)	Effektstyrke mellom gruppene ved posttest ³	Effektstyrke for-etter ³ (sammenligningsgruppe)	Klinisk signifikant endring i sorgsymptomer	RCT-PQRS-skåre
Barbosa et al. (2014)	n = 40 (80,1 år; 88 % kvinner)	Kognitiv-narrativ terapi (20)	Venteliste (20)	4 individuelle ukentlige timer (60 min.)	ICG	5 % (0 %)	2,41	1,97 (0,09)	75 % oppfylte ikke lenger kriteriene for CG (5 % i sammenligningsgruppen)	24
Bryant et al. (2014)	n = 80 (51 og 54,8 år; 86,3 % kvinner)	Kognitiv restrukturering pluss eksponering (41)	Kognitiv restrukturering (39)	10 ukentlige gruppetimer (2 timer) og 4 ukentlige individuelle timer (60 min.)	ICG	24 % (23 %)	4	4	81 % oppfylte ikke lenger kriteriene for CG (57 % i sammenligningsgruppen)	39
Eisma et al. (2015)	n = 47 (45,7 år; 91,5 % kvinner)	1. Eksponering (18) 2. Atferdsaktivtivering (17)	Venteliste (12)	6 e-postbaserte oppgaver over 6–8 uker	ICG-R	1,33 % 2,59 % (17 %)	1,061 2, -0,11	1,124 2,053 (0,00)	46,7 % i eksponeringsgruppen og 45,5 % i atferdsaktivtiveringsgruppen viste en reliabel endring (10 % i sammenligningsgruppen)	30
Nam (2016a)	n = 42 (45,6 år; 57,1 % kvinner)	Psykoedukasjon om komplisert sorg pluss psykoedukasjon om sosial støtte sammen med en støt-teperson (21)	Psykoedukasjon om komplisert sorg (21)	4 ukentlige timer (120 min.)	ICG	0 % (0 %)	1,83	2,94 (0,31)	Ikke rapportert	23
Nam (2016b)	n = 89 (67,5 år; 51,7 % kvinner)	Komplisert sorgeterapi (45)	Støttesamtaler (44)	8 ukentlige timer (120 min.)	ICG	11 % (9 %)	1,52	4,05 (2,36)	Ikke rapportert	29
Nam (2017)	n = 168 (72,1 år; 73 % kvinner)	Egenomsorg i sorg + psykoedukasjon (84)	Psykoedukasjon (84)	4 ukentlige timer (60 min.)	ICG	11 % (14 %)	0,82	1,27 (0,89)	Ikke rapportert	24
Papa et al. (2013)	n = 25 (49 år; 88 % kvinner)	Atferdsaktivtivering (12)	Venteliste (12)	8–14 ukentlige timer (60 min.)	ICG-R	8 % (0 %)	1,45	3,04 (0,64)	45 % var tilfrisknet, 45 % var forbedret og 10 % var uforandret	33
Piper et al. (2001)	n = 139 (43 år; 77 % kvinner) ²	Gruppeterapi med vekt på forto-kning (68)	Gruppeterapi med vekt på støtte (71)	12 ukentlige timer (90 min.)	PGI	22 % (24 %)	-0,02	0,96 (0,83)	Ikke rapportert	30
Rosner et al. (2014)	n = 51 (47,5 år; 86 % kvinner)	Kognitiv atferdsterapi for forlen-get sorg (22)	Venteliste (24)	25 ukentlige timer (50 min.)	PG-13	14 % (4 %)	1,32	1,39 (0,12)	53 % viste en reliabel endring (4 % i sammenligningsgruppen)	34
Shear et al. (2005)	n = 102 (49,4 og 47,3 år; 87 % kvinner)	Komplisert sorgeterapi (49)	Interpersonlig terapi (46)	Ca. 16 ukentlige timer	ICG	27 % (26 %)	0,19	1,42 (1,37)	51 % responderate (28 % for interpersonlig terapi)	35
Shear et al. (2014)	n = 151 (66,1 år; 81,5 % kvinner)	Komplisert sorgeterapi (72)	Interpersonlig terapi (73)	16 ukentlige timer	ICG	18 % (19 %)	4	4	71 % responderate (32 % for interpersonlig terapi)	44
Supiano et al. (2014)	n = 39 (67,9 og 67,4 år; 82 % kvinner)	Komplisert sorgeterapi i gruppe (20)	Vanlig behandling (19)	16 ukentlige timer (120 min.)	PG-13	40 % (32 %)	0,08	1,46 (1,23)	42 % viste en symptomre-duksjon på minst 50 % (0 % i sammenligningsgruppen)	31
Wagner et al. (2006)	n = 55 (37 år; 93 % kvinner)	Internettbasert kognitiv atferds-terapi (29)	Venteliste (26)	10 oppgaver per e-post over 5 uker	IES-intrusions	10 % (4 %)	1,20	1,89 (0,64)	57 % viste en reliabel endring (12 % i sammenligningsgruppen)	33
Wenn et al. (2019)	n = 22 (62 år; 95 % kvinner)	Metakognitiv gruppeterapi (11)	Venteliste (10)	6 ukentlige gruppetimer (120 min.)	PG-13	18 % (10 %)	1,58	2,02 (-0,59)	67 % viste en reliabel endring (22 % i sammenligningsgruppen)	36

¹ antall deltakere som ble randomisert
² antall deltakere som startet i behandlingen
³ Fisher's g
⁴ kan ikke beregnes på grunn av manglende informasjon. ICG = Inventory of Complicated Grief; ICG-R = Inventory of Complicated Grief - Revised; PGI = Pathological Grief Items; IES = Impact of Event Scale; PG-13 = Prolonged Grief-13

Resultatene viste i alle studier en effekt av intervensjonene på reduksjon av symptomer på komplisert sorg. Det ble funnet en signifikant større symptomreduksjon for intervensjoner som ble utviklet for behandling av komplisert sorg, enn venteliste eller støttesamtaler (for eksempel Nam, 2016b; Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2006), men også interpersonlig terapi for depresjon (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Shear, Wang, Skritskaya, Duan, Mauro, & Ghesquiere, 2014). En studie som har sammenlignet komponenter av kognitiv atferdsterapi, fant at eksponering har større effekt enn kognitiv restrukturering (Bryant et al., 2014).

For 12 av de 14 studiene var det mulig å beregne effektstørrelser (se tabell 1). Den gjennomsnittlige vektete effektstørrelsen for sammenligningen mellom intervensjons- og sammenligningsgruppene var $g = 0,96$ (95 % konfidensintervall [0,56; 1,36]). Når forskjellene mellom pretest- og posttestmålinger i intervensjonsgruppene ble analysert, var $g = 1,82$ (95 % konfidensintervall [1,36; 2,27]). Det var stor heterogenitet mellom studiene i begge analyser ($I^2 = 83 %$ og $I^2 = 84,7 %$).

Diskusjon

Den økte anerkjennelsen av komplisert sorg som en tilstand med behov for behandlingstiltak har ført til at «forlenget sorgforstyrrelse» har blitt del av ICD-11 som en offisiell diagnose. Det er derfor behov for en oppsummering av kunnskapen om behandling av komplisert sorg. Den foreliggende systematiske oversikten har inkludert 14 studier. Så vidt vi vet, er dette den første litteraturgjennomgangen av RCT-studier med fokus på behandling av komplisert sorg siden Wittouck og kollegaers (2011) metaanalyse.

Effekten av intervensjonene

Samtlige av de inkluderte intervensjonene viste en reduksjon i symptomer på komplisert sorg. I metaanalysen ble det funnet store gjennomsnittlige effektstørrelser for forskjellene mellom behandlingsstart og behandlingsslutt ($g = 1,82$) og mellom sammenligningsgruppene ($g = 0,96$) til fordel for intervensjonsgruppene. Det er et gjennomgående funn at spesifikk behandling gir en større reduksjon av sorgsymptomer på standardiserte mål for komplisert sorg enn ikke-sorgspesifikk behandling som for eksempel interpersonlig terapi eller støttesamtaler. Resultatene tydeliggjør behovet for lidelsesspesifikk behandling av komplisert sorg.

Intervensjonene som undersøkes i de enkelte studiene, varierer på flere områder, blant annet i tilknytning til omfang, tidsforløp og metode. Selv om det er variasjon i studienes behandlingstilnærming, benytter de fleste av de inkluderte studiene en form for kognitiv atferdsterapi. Omfanget og tidsforløpet av behandlingen for komplisert sorg ser ikke ut til å trenge å være omfattende. Studier som undersøker intervensjoner med relativt korte behandlingsforløp og et forholdsvis lite antall timer (4-6), viser også lovende resultater (for eksempel Barbosa, Sá, & Rocha, 2014). Videre viser også internettbaserte behandlingsforløp via e-post reduksjon av symptomer (Eisma et al., 2015; Wagner et al., 2006).

Sentrale komponenter i behandlingen av komplisert sorg

I flere av intervensjonene med kognitiv tilnærming inngår kognitiv restrukturering som en viktig komponent. Målet her er å identifisere, utfordre og endre negativ kognisjon knyttet til dødsfallet og egne reaksjoner. Eksponering er inkludert som en komponent i flere studier, da unngåelse av ubehagelige aspekter ved tapet er antatt å være en sentral faktor i utvikling og opprettholdelse av komplisert sorg (Eisma et al., 2015). Eksponering fremheves som et viktig element, da systematisk konfrontering av smertefulle aspekter ved tapet kan føre til aksept for tapet og fasilitere tilpasning etter dødsfallet (Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006). Bryant og kollegaer (2014) fant i sin studie at kombinasjonen av eksponering med kognitiv restrukturering hadde større behandlingseffekt enn kun kognitiv restrukturering. Atferdsaktivering er inkludert i flere sorgintervensjoner som et element eller som hovedfokus i behandlingen der målet er å øke antall meningsfulle aktiviteter (for eksempel Nam, 2017; Papa, Sewell, Garrison-Diehn, & Rummel, 2013). Dette er basert på observasjoner av at etterlatte som opplever komplisert sorg, kan være inaktive og trekke seg bort fra arbeid og sosiale og rekreasjonelle aktiviteter. Metakognitiv gruppeterapi (Wenn, O'Connor, Kane, Rees, & Breen, 2017, 2019) skiller seg ut fra de andre behandlingstilnærmingene ved at den ikke går inn på selve tapsopplevelsen. I Wenn og kollegaers (2017, 2019) studie ble deltakerne bedt om ikke å dele historier rundt dødsfallet for å forhindre sekundærtraumatisering eller ruminering. Metakognitiv terapi er opptatt av at lite hjelpsomme metatanker kan opprettholde fokuset på tapet. Metoden hadde god effekt, og resultatene står i kontrast til studier som fremhever kognitiv restrukturering og eksponering som viktige komponenter i behandling av komplisert sorg. Wenn og kollegaers (2017, 2019) studie tyder på at eksponeringsterapi for ubehagelige aspekter rundt tapet muligens ikke trenger å være en del av behandlingen for komplisert sorg. Imidlertid var utvalget i

studien forholdsvis lite (n = 11 i intervensjonsgruppen), og behandlingen ble gitt av kun én terapeut, slik at funnene må anses som preliminare.

Andre elementer som kan være viktig for god behandling, er sosial støtte og løsning av praktiske utfordringer som følge av tapet. Mennesker som opplever komplisert sorg, preges ofte av tilbaketrekning og kan ofte isolere seg fra omverdenen. Å inkludere pårørende i behandlingen kan styrke reduksjonen av symptomer (Nam, 2016a).

Begrensninger ved de inkluderte studiene

Selv om kvalitetsvurderingen indikerer at studiene som ble gjennomgått, hadde tilfredsstillende til god kvalitet, var det også en del svakheter ved den eksisterende forskningen. En begrensning de fleste studiene deler, er at omtrent 80 prosent av det totale antallet deltakere var kvinner. Det er derfor usikkert om funnene kan generaliseres til behandlingen av menn. Manglende effektstyrke forhindret en statistisk analyse av behandlingseffekter for forskjellige undergrupper. For eksempel observerte Shear og kollegaer (2005) en betydelig lavere responsrate for foreldre som har mistet et barn, enn hos de øvrige deltakerne som mottok intervensjonen (17 % vs. 60 %). En utfordring i de inkluderte studiene er knyttet til frafall (opptil 59 %). Frafallet kan delvis knyttes til intervensjonene, for eksempel ubehaget som kan oppleves i eksponeringsterapi (Bryant et al., 2014), eller belastningen det kan medføre å bære andres sorg i gruppeterapi (for eksempel Wenn, O'Connor, Kane, Rees, & Breen., 2017, 2019).

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Fordi forlenget sorgforstyrrelse først nylig har blitt innført som en offisiell diagnose, har forskningsgrupper benyttet seg av ulike begreper i omtale av tilstanden, i tillegg til noe ulike kriterier og utredningsinstrumenter. Dette kan ha bidratt til den store heterogeniteten i studiene med hensyn til behandlingseffekter i tillegg til at svært forskjellige behandlingstilnærminger og sammenligningsgrupper har blitt brukt. Framtidige metaanalyser bør fokusere på moderatorer av effektene. En begrensning er også at denne litteraturgjennomgangen bare har inkludert studier med voksne deltakere. Det finnes lite forskning på barns sorgreaksjoner, og det er uvisst om fenomenet arter seg ulikt avhengig av alder (Rosner, 2015). Kvalitetsvurderingen av studiene ble gjennomført av kun én person, noe som er en svakhet ved denne studien. I tillegg er skalaen som ble benyttet (RCT-PQRS), forholdsvis ny og lite utprøvd.

Konklusjon

Oppsummert viser den foreliggende gjennomgangen av forskningslitteraturen at komplisert sorg er en tilstand som responderer på spesifikk behandling. Inkluderte studier demonstrerer at lidelsesspesifikk behandling har bedre effekt enn ikke-spesifikk behandling. Behandlingskomponenter som kognitiv restrukturering, eksponering og atferdsaktivering er benyttet i flere intervensjoner og blir ansett som viktige komponenter i behandling av komplisert sorg. Intervensjoner med et forholdsvis lite

antall behandlingstimer og internetbaserte intervensjoner har også vist gode resultater. Å inkludere nærpå personer i behandlingen ser ut til å øke behandlingseffekten.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 1, 2020, side 18-27

TEKST

Janne Øen Hansen, Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal

Tonje Ada Brandser, Universitetssykehuset Nord-Norge, DPS Storsteinnes

Jens C. Thimm, UiT Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi

KONTAKT: jens.thimm@uit.no

+ Vis referanser

*Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J.C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Journal of Affective Disorders*, 152, 354-362.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>

Barnes, J.B., Dickstein, B.D., Maguen, S., Neria, Y., & Litz, B.T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders*, 136, 366-369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.022>

Boelen, P.A., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 97, 109-128.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>

Boelen, P.A., van de Schoot, R., van den Hout, M.A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 124, 374-378.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>

*Bryant, R.A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., . . . Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 152, 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>

Burke, L.A., & Neimeyer, R.A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. I M. Stroebe, H. Schut, & J. Van den Bout (red.), *Complicated Grief: A Guide to Assessment and Treatment* (s. 145-161). East Sussex: Routledge.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Journal of Educational Psychology*, 84, 155-159.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014). *Ungdom og sorg*. Hentet fra: <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>

*Eisma, M.C., Boelen, P.A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H.A.W., Lancee, J., & Stroebe, M.S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 161, 729-748.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>

Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., . . . Leon, A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 131, 19-28. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.08060843>

Higgins, J.P.T., Thompson, S.G., Deeks, J.J., & Altman, D.G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327, 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>

- Jordan, A.H., & Litz, B.T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 70(2), 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kocsis, J.H., Gerber, A.J., Milrod, B., Roose, S.P., Barber, J., Thase, M.E., . . . Leon, A.C. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 319-324. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.001>
- Lüdecke, D. (2019). esc: Effect Size Computation for Meta Analysis (Versjon 0.5.0) [Programvare]. Hentet fra: <https://CRAN.R-project.org/package=esc>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 213, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & Prisma Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- *Nam, I. (2016a). Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: A preliminary randomized controlled single-blind study. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 189-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001658>
- *Nam, I. (2016b). Complicated Grief Treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.044>
- *Nam, I. (2017). Restoration-focused coping reduces complicated grief among older adults: A randomized controlled study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.002>
- *Papa, A., Sewell, M.T., Garrison-Diehn, C., & Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 639-650. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009>
- *Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., & Ogradniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated Grief. *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 525-552. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- 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. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., & Maciejewski, P.K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. I M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (red.), *Handbook of bereavement research* (s. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-008>
- R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing (Versjon 3.6.1) [Programvare] Hentet fra <https://www.R-project.org/>
- Rosenthal, R. (1993). *Journal of Clinical Psychology*. Newbury Park: Sage.
- Rosner, R. (2015). Prolonged grief: Setting the research agenda. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27303>
- *Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucova, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(1), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Schwarzer, G. (2019). meta: General Package for Meta-Analysis (Versjon 4.9-7) [Programvare]. Hentet fra: <https://CRAN.R-project.org/package=meta>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>

*Shear, M.K., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

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. *Journal of the American Medical Association*, 306(2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>

*Shear, M.K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 311(12), 1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>

Simon, N.M. (2013). Treating complicated grief. *Journal of the American Medical Association*, 309(4), 416-423. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>

*Supiano, K.P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A Randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *Journal of Gerontology*, 69(8), 840-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>

*Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(4), 429-453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>

*Wenn, J.A., O'Connor, M., Kane, R.T., Rees, C.S., & Breen, L.J. (2017). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 214, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.041>

Wenn, J.A. (2017). *Metacognitive therapy for prolonged grief disorder* (Doctoral dissertation, Curtin University). Hentet fra: <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/59668>

*Wenn, J.A., O'Connor, M., Kane, R.T., Rees, C.S., & Breen, L.J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open*, 13(2), e021409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409>

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.j.cpr.2010.09.005>

Worden, J.W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A guide to the practice* (3rd ed.). New York: Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826101211>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases (ICD-11)* (11th Revision). Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

* Studier inkludert i den systematiske oversikten