

Aalborg Universitet
1. juni 2023

Symptomer på psykisk lidelse hos pårørende til ofre for pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger

- et systematisk review

Kandidatspeciale

4. semester, Psykologi

Anne Amalie Thomsen
Studienummer: 20185936

Helena Palsgaard Nielsen
Studienummer: 20173477

Vejleder: Christina Mohr Jensen
Opgavens samlede antal tegn: 148.959
Svarende til 62,06 normalsider á 2.400 tegn

Læsevejledning

Dette kandidatspeciale er udarbejdet med afsæt i formkrav B, jf. studieordningen for kandidatuddannelsen i psykologi (Aalborg Universitet, 2021). Specialet vil således bestå af to dele: en rammesættende del, hvori den forskningsmæssige baggrund udfoldes, samt en artikeldel, som er udformet efter almindelige normer for videnskabelige tidsskrifter.

Først præsenteres den rammesættende del fra side 1 til 41. Heri beskrives interessefeltet og forskningsspørgsmålet samt den teori og tidligere forskning, som danner grundlag for udarbejdelsen af artiklen. I forlængelse heraf udfoldes den anvendte metode. Slutteligt vil en afgræsning og afrunding præcisere forskningsgrundlaget for specialets artikeldel.

I specialets anden del præsenteres artiklen, som er et systematisk review, med titlen: *Symptomer på psykisk lidelse hos pårørende til ofre for pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger: et systematisk review*. Reviewet er udformet efter gældende PRISMA 2020 guidelines (Page et al., 2021a), og findes fra side 42 til 69. Artiklen er udarbejdet med afsæt i den forskningsmæssige baggrund, som er beskrevet uddybende i den rammesættende del. Det systematiske review har til formål at undersøge hvilke symptomer på psykisk lidelse, der ses hos pårørende til ofre for en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger.

En samlet referenceliste for specialets to dele findes fra side 70 til 81.

Bilag 1: *PRISMA 2020 Checklist* og Bilag 2: *Søgestreng* er vedlagt separat.

Indholdsfortegnelse

Del 1: Den rammesættende del.....	1
1. Indledning.....	1
1.1. Beredskab og krisehåndtering i Danmark	2
1.2. Interessefelt og forskningsspørgsmål	3
2. Baggrund: teori og tidligere forskning.....	4
2.1. Sorg	4
2.2. Omstændighederne ved tabet	8
2.3. Reaktioner ved tab.....	14
3. Metode	26
3.1. PICO: forskningsspørgsmål	26
3.2. Afgrænsning	26
3.3. Systematisk review.....	28
3.4. Artiklens metode	30
3.5. Epidemiologi og statistiske begreber	37
4. Afrunding.....	41
Del 2: Symptomer på psykisk lidelse hos pårørende til ofre for pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger: et systematisk review.....	42
Abstract.....	42
1. Introduktion	43
2. Metode	44
2.1. Protokol	44
2.2. In- og eksklusionskriterier.....	44
2.3. Søgestrategi og informationskilder	45
2.4. Selektionsproces.....	45
2.5. Dataudtrækningsproces og -items	46
2.6. Effektmål og omregninger	46
3. Resultater.....	46
3.1. Studiekarakteristika	50
3.2. De individuelle studiers resultater.....	50
4. Diskussion.....	58
4.1. Opsummering af studierne resultater.....	58
4.2. Begrænsninger ved de inkluderede studier	64
4.3. Begrænsninger ved reviewet	65
4.4. Betydning for praksis og fremtidig forskning	67
4.5. Konklusion	69
Referenceliste	70

Del 1: Den rammesættende del

1. Indledning

Relationer er livsvigtige for menneskets overlevelse (Archer, 1999, p. 265), men dybe relationer, stærke tilknytninger og stor kærlighed har en pris. Når en stærk relation brydes, kan en stærk sorg over den mistede følge. Relationen og tilknytningen til den mistede har en væsentlig betydning for den sorg, de efterladte oplever (Guldin, 2010, p. 162; Robson & Walther, 2012, p. 109). Sorg er et naturligt fænomen og et uundgåeligt livsvilkår for mennesket (Granek, 2010, p. 66; Guldin, 2010, p. 156; Kofod, 2017, p. 47; Larsen, Rettig & O'Connor, 2018, p. 15; Shuchter & Zisook, 1993, p. 23; Stroebe & Schut, 1999/2010/2015). For de fleste mennesker, som oplever et naturligt dødsfald, vil tabet af en nærtstående medføre en normativ reaktion og et ukompliceret forløb, hvor den sørgende med tiden vil acceptere og tilpasse sig tabet (Doka & Martin, 2010, pp. 20-22; Larsen et al., 2018, p. 15; Prigerson, Vandwerker & Maciejewski, 2008, p. 168). Hvordan påvirkes de pårørende, hvis ikke der er tale om et naturligt dødsfald, men derimod tab under pludselige og voldsomme omstændigheder? Vil det være sværere at tilpasse sig og acceptere tabet?

I de seneste årtier har både større og mindre ekstraordinære hændelser kostet menneskeliv. Terrorhændelserne i Norge på øen Utøya og i hovedstaden Oslo i 2011 samt et skyderi i indkøbscentret Field's i København i 2022 er eksempler på voldshandlinger, som har kostet menneskeliv og har fået stor national og international opmærksomhed. Efter hvert drab efterlades pårørende, som må bearbejde den sorg og det chok, der kan opstå som følge af at miste. Specifikt for drabs- og voldsofre estimeres det, at der efterlades mellem 6 og 10 nære pårørende (Tasker & Wright, 2020, p. 72; Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders og Kilpatrick, 2009, p. 20). Hvilke konsekvenser kan det have, når pårørende mister under omstændigheder, som er pludselige, voldsomme og kan være intentionelt forårsaget af et andet menneske?

Litteraturen antyder, at det at miste under pludselige og voldsomme omstændigheder kan være særligt traumatiserende og kan medføre øget risiko for udvikling af psykopatologi blandt de efterladte (Boerner, Mancini & Bonanno, 2012, p. 58; Kristensen, Weisæth & Heir, 2012, p. 76; Moreira, Azeredo, Sá Moreira, Fávero & Sousa-Gomes,

2023, p. 43; Psykiatrien Region Nordjylland, 2022b, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (fremover: SAMHSA), 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). Flere studier indikerer, at de psykiske lidelser posttraumatisk belastningsreaktion, patologisk sorg, depression og angst er de hyppigst forekommende i litteraturen. Desuden viser studier, at tabet af et familiemedlem eller en nær ven ifm. katastrofer kan øge de pårørendes risiko for at udvikle psykopatologi (Kristensen et al., 2012, p. 76; Larsen et al., 2018, p. 15; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007, p. 1963; Neria et al., 2008, p. 340; Weisæth, 2021, p. 93).

Traumatiserende hændelser som f.eks. drab og terrorisme vil være uundgåelige i fremtiden, og ifølge Weisæth (2021, p. 92) er antallet af terrorhændelser mere end fordoblet siden 1980'erne. Ifølge Beredskabsstyrelsen (2022) er Danmark i risiko for at blive ramt af forskellige typer af ekstraordinære hændelser, hvilket danner grundlag for planlægningen af et beredskab, der skal styrke trygheden i samfundet. De hændelser, som Danmark er i risiko for, kan forårsage vidtrækkende kriser og dækker over eksempelvis ulykker med kemiske stoffer og terrorhandlinger (Beredskabsstyrelsen, 2022). Center for Terroranalyse, som udspringer af Politiets Efterretningstjeneste, vurderer desuden, at terrortruslen mod Danmark er alvorlig i 2023 (Center for Terroranalyse, 2023, p. 4). Derudover rapporterer Danmarks Statistik (2023a), at 34 dødsfald i Danmark i 2021 var som følge af drab eller overfald.

Med afsæt i de stigende antal beredskabshændelser og drab, samt risikoen for hændelser i fremtiden, synes det relevant og aktuelt at undersøge, hvordan pårørende reagerer, når de mister under disse omstændigheder.

1.1. Beredskab og krisehåndtering i Danmark

Ved beredskabshændelser i Danmark, som f.eks. terrorhændelser og naturkatastrofer, har kommuner og regioner et fælles ansvar for planlægning og opbygning af et sundhedsberedskab, herunder den præhospitale indsats. Dette ansvar er beskrevet i *Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet*, som har afsæt i Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 4). Sundhedsberedskabet indgår i alle beredskabshændelser og psykosociale indsatser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2016). Den psykosociale indsats er forankret i psykiatrien og

har til formål at forebygge psykiske og somatiske følgevirkninger efter en større og ekstraordinær hændelse (Psykiatrien Region Nordjylland, 2022, p. 5; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 70). I Region Nordjylland kan det psykosociale beredskab desuden aktiveres ifm. drabssager, herunder vold med døden til følge (Psykiatrien Region Nordjylland, 2023). Det psykosociale beredskab har i Region Nordjylland været aktiveret til at yde krisestøtte til borgere fra regionen ved forskellige hændelser, f.eks. ved et skyderi i Field's i København i 2022, minkavlere ifm. COVID-19 pandemien i 2020 og 2021, en markiseulykke i Hjørring i 2010 samt et knivdrab på Hasseris Gymnasium i 2006. Beredskabet har desuden været aktiveret for at yde krisestøtte til pårørende i drabssager samt ekstraordinært psykisk belastende dødsulykker (Psykiatrien Region Nordjylland, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 78).

1.2. Interessefelt og forskningsspørgsmål

For at kunne yde den bedst mulige krisestøtte til de individer, som mister pårørende under ekstraordinære omstændigheder, er det vigtigt og relevant at undersøge, hvordan denne type af tab adskiller sig fra tab som følge af en naturlig død. Som tidligere beskrevet, antyder litteraturen, at tab som følge af pludselige og voldsomme hændelser, kan være særligt traumatiserende for de efterladte, og kan medføre en øget risiko for udvikling af symptomer på psykisk lidelse (Boerner et al., 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 43; Psykiatrien Region Nordjylland, 2022b, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; SAMHSA, 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). Ved at undersøge hvilke symptomer på psykisk lidelse, der potentielt kan ses hos de efterladte pårørende, vil det være muligt for instanser som f.eks. det psykosociale beredskab og/eller faggrupper at tilrettelægge forebyggende interventioner og eventuelt efterfølgende behandling. Dette felt har vakt vores interesse, hvormed vi har udarbejdet følgende forskningsspørgsmål:

Hvilke symptomer på psykisk lidelse ses hos pårørende til ofre for en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger?

Vi har søgt at besvare forskningsspørgsmålet ved først at udarbejde nærværende rammesættende del mhp. tilegnelse af en dybere forståelse for, samt en større viden af forskningsfeltet. Denne forståelse og viden skaber fundament for udarbejdelsen af et systematisk review, udformet i overensstemmelse med PRISMA 2020 guidelines (Page et al., 2021a), som præsenteres i specialets anden del *artikeldelen*. Med afsæt i ovenstående introduktion, udfolder vi i de følgende afsnit baggrunden for udarbejdelsen af specialet, hvorunder relevant teori og tidligere forskning beskrives. Dernæst giver vi en dybdegående beskrivelse af den anvendte metode samt en afgrænsning. Endeligt følger en afrunding af den rammesættende del, hvorefter specialets artikel præsenteres.

2. Baggrund: teori og tidligere forskning

Ud fra en forståelse af sorg som et naturligt og uundgåeligt fænomen, udfolder vi i dette afsnit normative sorgreaktioner og -forløb. Herunder uddyber vi relationen og dennes betydning for de pårørende, vestlig sorgkultur samt hvordan omstændighederne ved tabet kan influere den pårørendes sorg. Dette mhp. at forstå hvordan, hvorfor og hvornår normativ sorg adskiller sig fra patologisk sorg. I relation hertil, beskriver vi med afsæt i vores viden om, hvordan særlige omstændigheder kan influere de pårørendes sorgforløb, forskellige psykiske lidelser, som de pårørende kan udvikle symptomer på. De omtalte lidelser er patologisk sorg, posttraumatisk belastningsreaktion, depression og angst.

2.1. Sorg

Sorg er et naturligt fænomen, som opstår, når individet mister en, det har kært. Langt de fleste mennesker vil opleve at miste en nærtstående i løbet af deres liv, hvilket gør sorg til et eksistentielt livsvilkår (Granek, 2010, p. 66; Guldin, 2010, p. 156; Kofod, 2017, p. 47; Larsen et al., 2018, p. 15; Shuchter & Zisook, 1993, p. 23; Stroebe & Schut, 1999/2010/2015). På trods af at patologisk sorg er velbeskrevet i litteraturen, kan det være udfordrende at beskrive ikke-patologisk sorg (Boerner et al., 2012, p. 55; Larsen et al., 2018, p. 16). I litteraturen anvendes mange forskellige begreber for ikke-patologisk sorg, herunder f.eks. almen sorg, ukompliceret sorg, almindelig sorg, normal sorg og normativ sorg. I nærværende speciale benyttes ordene synonymt.

Igennem århundreder har sorgprocessen været beskrevet i stadier eller faser, bestående af f.eks. følelsesmæssig følelsesløshed, længsel, vrede, fortvivelse og accept (Granek, 2010, pp. 46-47; Guldin, 2010, pp. 156-157; Kofod, 2017, pp. 47-48). Sorgprocessen har tidligere været anset som havende et lineært bedringsforløb, hvor den sørgende ved dødsfaldet oplever en høj grad af distress, men som mindskes med tiden. Senest har Stroebe & Schuts (1999) *The Dual Process Model of Coping with Bereavement* (Tosporsmodellen) vundet indpas. Modellen er udarbejdet med fokus på det adaptive sorgforløb ift., at et individ med tiden accepterer og tilpasser sig tabet af en nærtstående relation (Stroebe & Schut, 1999, p. 211; Stroebe & Schut, 2010, p. 283). Den grundlæggende forståelse for modellen er, at der sker en vekselvirkning mellem to spor; tilpasningen til det nye liv efter tabet (*det restaurerende spor*) og bearbejdningen af tabet (*det taborienterede spor*). Denne svingning er et kerneelement for at opnå en adaptiv sorgproces (Stroebe & Schut, 1999, p. 220). Når vekselvirkningen ikke finder sted, eller der sker en fejl i denne, kan sorgen udvikle sig patologisk (Stroebe & Schut, 1999, p. 218).

Nyere forskning støtter tidligere teorier om, at der forekommer variationer i det sørgende individs sorgudtryk. Dog peger nyere forskning på, at normativt sørgende individer fraviger de sorgreaktioner, som litteraturen tidligere har beskrevet som patologiske. Endvidere antyder nyere litteratur, at sorgsymptomer ikke opleves i en sekventiel eller lineær rækkefølge (Boerner et al., 2012, p. 57; Arizmendi & O'Connor, 2015, p. 58; Larsen et al., 2018, p. 15). Ifølge nyere litteratur, indeholder sorg ofte perioder med choktilstand, distress, længsel efter afdøde, vrede og nedtrykthed, men den sørgende vil med tiden acceptere og tilpasse sig tabet (Larsen et al., 2018, p. 15; Prigerson et al., 2008, p. 168). Doka og Martin (2010) beskriver fysiske, affektive og kognitive reaktioner på sorg. De fysiske reaktioner dækker bl.a. over hovedpine, muskelspændinger, mangel på appetit, kvalme, søvnløshed, udmattelse og træthed. De psykiske og affektive reaktioner beskrives ved nedtrykthed, vrede, skyld, jalousi, angst og frygt, skam, håbløshed, lettelse samt frigørelse. De kognitive reaktioner kan indbefatte overdreven tænkning, koncentrationsbesvær, apati, drømme, forvirring og desorientering samt forsøg på at finde rationale og mening ved tabet (Doka & Martin, 2010, p. 20-22).

Opsummerende har sorg historisk været beskrevet med afsæt i stadie- eller faseteori, men senest har Tosporsmodellen af Stroebe og Schut (1999/2010) vundet indpas. Heri beskrives, hvordan individet svinger mellem at bearbejde og tilpasse sig sorgen. Endvidere kan den sørgende ifølge litteraturen opleve fysiske, affektive og kognitive symptomer på sorg.

2.1.1. De pårørendes sorg

Litteraturen antyder, at relationen og tilknytningen til den mistede kan have en væsentlig betydning for den sorg, de efterladte oplever (Guldin, 2010, p. 162; Robson & Walther, 2012, p. 109). Ifølge Archer (1999/2001/2008), som anser sorg fra et moderne evolutionært perspektiv, kan sorg beskrives som en konsekvens af menneskets tilknytning og sociale relationer, som er vigtige for artens overlevelse (Archer, 2001, p. 265). Sorg kan beskrives som et biprodukt af den tilknytning og kærlighed, som er definerende for relationen. Uden tilknytning og kærlighed vil der ikke være sorg (Archer, 1999, p. 251). Den sorgintensitet, som individet oplever ved brud på denne tilknytning, vil være defineret af relationen og slægtskabet til den mistede. Med afsæt i slægtskabets betydning, argumenterer Archer (1999/2008) for, at den sorg, som familiære pårørende oplever, kan være anderledes og mere intens end den type sorg, som venner, kolleger mv. vil opleve (Archer, 1999, p. 227f; Archer, 2008, p. 48f).

Ifølge Archer (1999) kan tabet af et barn medføre stor sorg for forældre, da forældre knytter særligt tætte bånd til deres børn, og børn har stor reproduktiv værdi for forældrene ift. at sikre, at forældrenes gener videreføres (Archer, 1999, p. 180). Ifølge Archer (1999, p. 181) er det imidlertid forventeligt, at fædre sørger mindre intenst end mødre, særligt hvis et barn mistes tidligt. Dette er afledt af de to køns forskellige reproduktive investeringer i forældreskabet, som i begyndelsen er større hos moderen end hos faderen, da moderen bærer barnet under graviditeten og ammer det efter fødslen. Fædre viser først senere i barnets udvikling en mere mærkbar forældreinvestering (Archer, 1999, p. 181). Den sorg, som opleves ved tabet af et barn, beskrives som en særlig smerte, da den udspringer af den stærke kærlighed, som forældre ofte har, til deres børn. Børn kan i mange tilfælde være omdrejningspunktet i forældrenes liv, og mange forældre vil mene, at børn giver deres liv og eventuelle parforhold

en dybere mening og mere perspektiv (Guldin, 2019, p. 59). Den tilknytning, kærlighed og beskyttertrang, der er mellem forældre og barn, kan, i samspil med en biologisk og evolutionær forståelse af barnets reproduktive værdi, være med til at forstærke tabsoplevelsen og sorgintensiteten ved et dødsfald (Archer, 1999, p. 180; Guldin, 2019, p. 59).

Robson og Walther (2012) peger på, at der eksisterer sociale normer for, hvilke relationer man "må" sørge over, og at disse relationer kan inddeles i et hierarki. Forskerne synes at konkludere, at der i et samfund er sociale normer for, at ægtefællers og forældres sorg er mest "berettiget" efterfulgt af børns og søskendes sorg. Herefter følger pårørende som bedsteforældre, bedste venner, gudforældre, naboer mv. (Robson & Walter, 2012, p. 101; p. 109). Forældre, der mister et barn, anses således i samfundet som den pårørendegruppe, der er mest berettiget til at sørge, da forældre er placeret højest i sorghierarkiet. Dette er i overensstemmelse med Guldin (2019) og Archers (1999) forståelser af, at det er særligt svært at miste et barn.

Det anerkendes, at også sorgen oplevet ved tabet af en nærtstående ven, kan være intens, da venskaber i moderne samfund har stor betydning for individet, særligt i de tilfælde, hvor familiære bånd ikke er stærke (Archer, 1999, p. 218). Dette understøttes af øvrig litteratur på området, som beskriver, at venner, ligesom familie, kan blive stærkt påvirket, når de mister (Archer, 1999; Johnsen & Dyregrov, 2016; Johnsen, Dyregrov, Matthiesen & Laberg, 2021; Parker, Watts & Allsopp, 1995).

Opsummerende antyder litteraturen, at den sorg, der opleves, når et nærtstående familiemedlem dør, adskiller sig fra den sorg, der opleves, når en ven mistes. Derudover antydes, at det at miste et barn kan være særligt sorgfuldt for forældre.

2.1.2. Sorgkultur

Alle samfund har normer og regelsæt, som danner en ramme for den reaktion, der forventes af den sørgende ift. følelser og adfærd. Vestlige landes kulturer er karakteriserede ved individualisering samt forsøg på at undgå negative følelser og smerte, hvorfor der ses en afstandtagen til f.eks. sorg (Rodgers & DuBois, 2018, p. 9). De kulturelt opstillede regelsæt beskriver f.eks., hvem der må sørge, hvilke tab man må sørge over,

hvordan der må sørges, samt hvordan pårørende til de sørgende bør agere (Doka, 2008, p. 225; Doka & Martin, 2002, p. 338f). Vestlige lande har således normer og regelsæt, som er særlige for denne del af verden, sammenlignet med andre dele af verden. Individets sorgudtryk præges således af social kontekst samt kulturelle normer og praksisser (Doka, 2008, p. 225; Doka & Martin, 2002, p. 338f; Guldin, 2019, p. 29; Køster, Kofod, Winther-Lindqvist, Brinkmann & Petersen, 2018, p. 37; Rodgers & DuBois, 2018, p. 1). Eksempelvis peger litteraturen på, at der i vesten er sorgregler om, at familiemedlemmer har en særlig ret til at sørge over tabet af et familiemedlem, og at en sådan sorgreaktion er forventet af omverdenen (Doka, 2008, p. 225). Familie anses som den centrale sociale organisation i vesten. Dette afspejles i landenes love og samlivsstrukturer, som dermed har indirekte indflydelse på de normer og regelsæt, der opstilles for sorgkulturen (Doka, 2008, p. 226; Rodgers & DuBois, 2018, p. 6f). I vestlige lande er det også legitimt at sørge over en ven, kollega eller bekendt, men disse sørgende har ikke de samme sorgrettigheder som familiemedlemmer (Doka, 2008, p. 228). Vestlige lande omfatter ifølge Danmarks Statistik (2023b) Andorra, Australien, Canada, EU, Island, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, USA og Vatikanstaten.

I heterogene samfund med stor kulturel, social og økonomisk variation, som f.eks. USA, kan der være flere forskellige sorgudtryk og -regler (Doka & Martin, 2002, p. 338f; Doka & Martin, 2010, p. 152). I nogle kulturer forventes det, at den sørgende udtrykker sig offentligt med intens sorg. I andre kulturer beskrives derimod, hvordan sorg hverken udtrykkes i samme grad, forties eller undertrykkes (Doka & Martin, 2010, p. 149).

Opsummerende anerkender indeværende speciale, at sørgeregler og sorgkultur differentierer sig på tværs af kulturer og sociale kontekster, hvormed det kan være vanskeligt at sammenligne sorg på tværs af kulturer, som adskiller sig fra hinanden.

2.2. Omstændighederne ved tabet

De fleste mennesker vil miste nærtstående som følge af naturlige dødsfald og opleve en normativ sorgreaktion. Dette vil med stor sandsynlighed medføre et ukompliceret sorgforløb, hvor den sørgende med tiden vil acceptere og tilpasse sig tabet (Doka &

Martin, 2010, pp. 20-22; Larsen et al., 2018, p. 15; Prigerson et al., 2008, p. 168; Stroebe & Schut, 1999, p. 211; Stroebe & Schut, 2010, p. 283). Ifølge Sundhedsdatastyrelsen (2016) kan naturlige dødsfald beskrives som værende hændt som følge af sygdom eller som symptom på en ikke-erkendt sygdom. Derudover kan dødsfald relateret til misbrug, psykisk sygdom, alderdom, arbejdsbetinget sygdom samt bivirkninger og komplikationer ifm. undersøgelse og behandling også beskrives som naturlige dødsfald (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

Som tidligere redegjort for, har vi i Danmark et psykosocialt beredskab, som kan aktiveres ifm. større og ekstraordinære hændelser og drab mhp. at forebygge psykiske og somatiske følgevirkninger hos de pårørende (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 70). I de følgende afsnit præsenterer og udfolder vi relevant teori og forskning, for de forskellige omstændigheder, der kan være ved et ikke-naturligt dødsfald, og som kan have indflydelse på, hvordan de pårørende reagerer. Først beskriver vi, hvordan en dagligdagshændelse adskiller sig fra en ekstraordinær hændelse. Herunder udfolder vi forskellige aspekter af en hændelse, såsom hvorvidt hændelsen er naturlig eller menneskeskabt samt graden af voldsomhed og pludselighed ifm. tabet.

2.2.1. Hændelsen: hverdag eller ekstraordinær?

Nærværende speciale omhandler dødsfald under pludselige og voldsomme omstændigheder som følge af voldshandlinger. Disse typer af dødsfald kan kategoriseres som ekstraordinære hændelser og adskiller sig fra hverdagshændelser og -kriser. Forskellen mellem disse typer af hændelser kan beskrives med afsæt i Cullbergs (1976/2007) forståelse og skelnen mellem individets oplevelse af hhv. udviklingskriser og traumatiske kriser. Fælles for de to former for kriser er, at individet befinder sig i en tilstand, hvor tidligere erfaringer og indlærte reaktionsmønstre ikke er tilstrækkelige ift. at forstå og overkomme den situation, som individet befinder sig i (Cullberg, 1976, p. 16; Cullberg, 2007, p. 19). Udviklingskriser beskrives som kriser, der kan opstå med afsæt i hverdagslivet. Eksempelvis kan det at flytte hjemmefra, blive skilt eller blive forældre ses som en udviklingskrise. Denne type krise kategoriseres af Cullberg (2007) som eksistentiel, da de fleste mennesker vil opleve den (Cullberg, 2007, p. 19). Traumatiske

kriser er kendetegnede ved at være opstået som følge af voldsomt truende eller katastrofelignende begivenheder og udgør en trussel mod individets fysiske eksistens, tryghed og sociale identitet. Derudover er kriserne kendetegnede ved at være opstået som følge af pludselige og uventede udefrakommende belastninger (Cullberg, 1976, p. 16; Cullberg, 2007, p. 19). I relation til praksis i Danmark, kan større beredskabshændelser medføre traumatiske kriser hos individet som beskrevet af Cullberg (1976/ 2007). Som tidligere beskrevet, anvendes det psykosociale beredskab eksempelvis ved sådanne ekstraordinære og katastrofelignende hændelser. Dette adskiller sig fra hverdagskriser, hvor individet, ifølge Sundhedsstyrelsen (2023), vil modtage støtte fra det præhospitale personale, som er i tættest kontakt med de berørte ved dagshændelser og -ulykker. Disse individer kan f.eks. via egen læge få en henvisning til opfølgende psykologbehandling med tilskud fra sygesikringen. Dette adskiller sig således fra individer, som har været en del af en ekstraordinær hændelse, hvor det psykosociale beredskab aktiveres (Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 72).

Med udgangspunkt i ovenstående, skelner vi i dette speciale mellem dagshændelser og ekstraordinære hændelser. Dette på baggrund af forståelsen af, at den stress som individet oplever ved ekstraordinære katastrofelignende hændelser, adskiller sig fra den stress, som hverdagskriser kan medføre. I forlængelse heraf, kan det være relevant at belyse, hvorvidt hændelsens størrelse og varighed har betydning for individets bearbejdning af hændelsen.

2.2.1.1. Hændelsen: størrelse og varighed

Nærværende speciale omhandler dødsfald som følge af voldshandlinger. Lundin (2007, p. 180) beskriver en *større ulykke* som en situation, hvor det akutte behov for hjælp overstiger de tilgængelige ressourcer, og hvor situationen kræver ekstraordinære og koordinerede indsatser. Begrebet *katastrofe* henviser ifølge Lundin (2007) til en situation, hvor belastningen af sundhedsvæsenet er i et sådant omfang, at der selv med forstærkede ressourcer ikke kan opretholdes et kvalitetsniveau svarende til normale omstændigheder (Lundin, 2007, p. 180). En større ekstraordinær hændelse defineres af Region Nordjylland som en “masseskadesituation. . . [med] 16 eller flere tilskadedkomne” (Psykiatrien Region Nordjylland, 2022, p. 5). I relation hertil betegner Sundhedsstyrelsen (2014/2023) større ulykker og katastrofer samlet som ekstraordinære

hændelser, der kan true eller svække vigtige funktioner og værdier for enkeltpersoner, familier eller samfund. Disse kan være traumatiserende, uventede og dramatiske og adskiller sig fra mindre dagligdagshændelser, hvor individet, som beskrevet i ovenstående afsnit, også kan opleve psykiske kriser (Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 13; p. 15; Sundhedsstyrelsen, 2023, p. 72).

En større hændelse vil påvirke et større antal mennesker enten direkte eller indirekte. Antallet af tab, som følge af hændelsen, kan have betydning for individets evne til at vende tilbage til en normal hverdag, da et større tab kan være mere vanskeligt at bearbejde (Høgsted, 2019, p. 52f; SAMHSA, 2014, p. 40; p. 47). I henhold til hændelsens varighed afgrænser specialet sig til at undersøge pårørende til ofre for en enkeltstående pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger. Ifølge Høgsted (2019) kan hændelsens varighed desuden have betydning for de pårørendes bearbejdning af traumat. Såfremt hændelsen kan afgrænses i tid, med en klar begyndelse og en klar afslutning, kan det gøre bearbejdningsprocessen lettere for de pårørende. Det kan modsat være sværere for de pårørende at bearbejde dødsfaldet, hvis hændelsen ikke tidsmæssigt kan afgrænses, f.eks. ved flystyrt fly hvor passagerer ikke er blevet fundet eller uafklarede kriminalsager, hvor gerningsmanden er på fri fod (Høgsted, 2019, p. 50).

Ovenstående antyder, at hændelsens varighed og omfang kan have betydning for, hvordan individets påvirkes, når det udsættes for en ekstraordinær hændelse. Foruden hændelsens omfang og varighed, kan det være relevant at belyse hvor hurtigt hændelsen opstår, og hvor voldsom den er.

2.2.1.2. Graden af pludselighed og voldsomhed

Indeværende speciale omhandler dødsfald under pludselige og voldsomme omstændigheder som følge af voldshandlinger. Denne type af dødsfald kan kategoriseres som ekstraordinær og særligt er, at den ofte er uventet, uforudsigelig og dermed kan være umulig at forberede sig på (Dyregrov, 2018, p. 13; SAMHSA, 2014, p. 49f). Derudover kan hændelsens omfang, konsekvenser, hvor hurtigt den opstår og udvikler sig, varigheden af den, samt hvor godt forberedt de involverede og samfundet er, være faktorer som kan have indflydelse på den psykiske belastning hos individet (Høgsted, 2019, p. 53; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15).

Litteraturen antyder, at dødsfald under pludselige og voldsomme omstændigheder kan være særligt traumatiserende for individet og kan medføre øget risiko for udvikling af symptomer på psykisk lidelse (Boerner et al., 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 43; Region Nordjylland, 2022, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; SAMHSA, 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). Graden af pludselighed og manglen på forberedelse kan være vigtig for forståelsen af, hvordan involverede eller pårørende reagerer, da de fleste traumatiske hændelser såsom terrorisme, skoleskyderier eller drab ofte sker uden forudgående varsel. Pludseligheden kan bevirke, at de pårørende ikke har mulighed for at tage afsked, og graden af voldelighed kan bevirke, at offeret kan være vandsiret eller lemlæstet i en sådan grad, at det forhindrer de pårørende i at se afdøde (Kristensen et al., 2012, p. 77). Et studie af Currier, Holland og Neimeyer (2006, p. 420), der sammenlignede en pludselig og voldsom død med en pludselig naturlig død, synes at konkludere, at tabets voldsomhed, men ikke dets pludselighed, var afgørende for udviklingen af patologisk sorg. Lignende tendens antydes i litteraturen iht. PTSD-symptomer (Kaltman og Bonanno, 2003, p. 142; Kloep, Lancaster & Rodriguez, 2014, p. 286).

Opsummerende antyder ovenstående litteratur, at graden og pludseligheden af en ekstraordinær hændelse kan være vigtig for forståelsen af, hvordan de involverede reagerer efterfølgende. I forlængelse heraf, synes det relevant at belyse, hvorvidt der er forskel på en naturlig og en menneskeskabt hændelse, og hvorvidt intentionalitet bag en menneskeskabt hændelse kan have betydning for individets efterfølgende bearbejdning.

2.2.2. Hændelser: naturlige eller menneskeskabte?

Ekstraordinære hændelser og beredskabshændelser kan overordnet kategoriseres som værende enten naturlige eller menneskeskabte. Naturkatastrofer, som f.eks. orkaner, tsunamier og jordskred, er naturskabte og kan opfattes som uundgåelige, hvormed der ikke kan tildeles skyld (Dyregrov, 2018, p. 13f; SAMHSA, 2014, p. 34). Klimarelatede hændelser, som f.eks. oversvømmelser og skovbrande, kan opleves som naturlige, selvom de indirekte er et resultat af menneskets indgriben i naturen (Høgsted, 2019, p.

52). Klimarelaterede hændelser forstås i nærværende speciale synonymt med naturkatastrofer. Ifølge Beredskabsstyrelsen (2022) udgør f.eks. storme, orkaner samt ekstrem regn en national risiko for Danmark.

Menneskeskabte hændelser er fundamentalt anderledes end f.eks. naturkatastrofer, og kan kategoriseres som værende enten intentionelle eller ikke-intentionelle. Førstnævnte dækker over f.eks. volds- og skudepisoder eller terrorhændelser, og sidstnævnte dækker over f.eks. flystyrt eller kollaps i forlystelsesparker (Høgsted, 2019, p. 51; SAMHSA, 2014, p. 35). Den måde hvorpå individet reagerer efter en menneskeskabt handling, kan være influeret af, hvorvidt handlingen var intentionel. Ved ikke-intentionelle menneskeskabte hændelser, kan individet reagere med frustration og vrede som følge af en følelse af manglende beskyttelse fra de ansvarshavende (SAMHSA, 2014, p. 35). Et eksempel herpå kan være en ulykke i en forlystelsespark forårsaget af et mangelfuldt og/eller et fejlagtigt tilsyn med forlystelsen.

Med afsæt i ovenstående, synes litteraturen at antyde, at der er forskel på naturlige og menneskeskabte hændelser. Naturlige hændelser kan opfattes som uundgåelige, uden muligheden for at tildele skyld, hvorimod skyld ofte kan tildeles ved menneskeskabte handlinger.

2.2.2.1. Intentionelle menneskeskabte handlinger

Intentionelle handlinger kan være særligt traumatiserende for de involverede, da de fleste individer har en grundlæggende tro på, at andre ikke ønsker at skade dem uden grund (SAMHSA, 2014, p. 34). Denne type hændelse kan bevirke, at de involverede f.eks. ønsker at "rette op på tingene" eller at finde mening i en meningsløs handling. Ofte ses et behov for at tildele skyld i forsøget på at finde mening for således at genoprette en følelse af kontrol, sikkerhed og forudsigelighed efter det, der kan opfattes som en irrationel, tilfældig og/eller ondsindet handling (Høgsted, 2019, p. 51; SAMHSA, 2014, p. 34f; 49f).

Terrorhændelser kan kategoriseres som en subtype af intentionelle menneskeskabte hændelser. Terrorismens overordnede mål er ifølge Molin (2005) og SAMHSA (2014) at skabe angst, uvished og frygt for samfundet og at påvirke et stort antal civile mennesker, som har været enten direkte eller indirekte udsat for hændelsen.

Terrorisme adskiller sig fra andre typer hændelser, da den bidrager til uforudsigelighed, øget frygt og opmærksomhed. Endvidere kan terrorisme skabe mistanke og mistillid til andre befolkningsgrupper, etniciteter eller kulturer end de(n), man selv tilhører (Molin, 2005, p. 17; SAMHSA, 2014, p. 43). Som tidligere beskrevet udarbejdes der hvert år en samlet vurdering af terrortruslen mod Danmark af Center for Terroranalyse, som udspringer af Politiets Efterretningstjeneste. I den nyeste rapport fra marts 2023 fremgår det, at terrortruslen mod Danmark vurderes at være alvorlig (Center for Terroranalyse, 2023, p. 4).

Opsummerende antydes det i litteraturen, at menneskabte handlinger kan inddeles i hhv. intentionelle og ikke-intentionelle handlinger. Intentionelle handlinger kan være særligt traumatiserende, da de fleste mennesker har en grundlæggende tro på, at andre ikke ønsker at skade dem uden grund.

2.3. Reaktioner ved tab

Som tidligere beskrevet, antyder litteraturen, at omstændighederne ved et dødsfald kan have indflydelse på den pårørendes reaktion på og bearbejdning af tabet. Dette er i overensstemmelse med Cullbergs (1976/2007) beskrivelse af et individ i krise, hvor individet ikke har tilstrækkeligt indlærte reaktionsmønstre eller erfaringer til at forstå og overkomme situationen, som individet befinder sig i. Med afsæt i Bonannos (2004) teori om sørgendes forløb, udforsker vi i nærværende afsnit, hvilke variationer, der ses i forløbet ved tabet af en nærtstående. Herunder beskriver vi de kønsforskelle, som antydes i litteraturen.

2.3.1. Variationer i sorgforløbet

Der kan være stor variation i sørgendes reaktioner og udtryk, men ifølge Bonnano (2004) kan denne variation beskrives ud fra fire typiske forløb: 1) resiliens, 2) gradvis bedring, 3) forsinkede reaktioner samt 4) forhøjet og kronisk stress.

Resiliens henviser til de individer, som slet ikke, eller i meget lav grad, udviser distress eller symptomer på patologi, men i stedet opretholder et sundt og funktionsdygtigt niveau og tilpasser sig det tab, de har lidt, uden senere patologisk reaktion.

Denne gruppe af individer udgør majoriteten (Bonanno, 2004, p. 23; Bonnano, Boerner & Wortman, 2008, p. 294). Forløbet *bedring* refererer til akut distress efter et potentielt traume eller tab, samt moderat til svær grad af symptomer og vanskeligheder ved at opretholde et normalt funktionsniveau. Disse udfordringer og symptomer vil typisk aftage med tiden og forsvinde i løbet af 1 til 2 år. *Den forsinkede reaktion*, er karakteriseret ved, at individet ikke umiddelbart har symptomer på patologisk niveau, men har symptomer på et subklinisk niveau, som med tiden forværres (Bonnano et al., 2011, p. 516). Det sidste af de fire forløb, *kronisk distress*, henviser til de individer, som udvikler kronisk psykopatologi, f.eks. PTSD, som følge af traumer eller tab. Særligt ved tab under traumatiske eller voldelige omstændigheder eller ved tabet af et barn øges risikoen for udvikling af kronisk psykopatologi (Bonanno, Westphal & Mancini, 2011, p. 515). Fælles for de fire forløbstyper er, at de individer, som udsættes for potentielle traumatiske begivenheder eller tab, vil reagere i mild til moderat grad på eksponeringen. Derefter vil der dog være stor variation i reaktionsmønstrene afhængigt af, hvilken livsbane individet følger. To år efter eksponering af potentielle traumatiske hændelser og tab vurderes det, at ca. 35 % - 65 % af de berørte er resiliente, 15 % - 25 % er i bedring, 0 % - 15 % har en forsinket reaktion, og 5 % - 30 % er forhøjet og kronisk stressede, resulterende i udvikling af psykopatologi (Bonnano, 2004, p. 21; Bonnano et al., 2011, p. 514).

Ovenstående litteratur indikerer, at der kan være variation i sørgendes reaktioner og udtryk, og at disse kan beskrives ud fra fire typiske forløb afhængigt af individet evne til at tilpasse sig tabet. I forlængelse heraf, synes det relevant at belyse, hvorvidt der forekommer kønsforskelle i bearbejdningen af tabet.

2.3.2 Kønsforskelle

Det at miste under pludselige og voldsomme omstændigheder kan være traumatiserende og medføre øget risiko for udvikling af psykopatologi for både mænd og kvinder (Boerner et al., 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 4; Neria et al., 2008, p. 340; Stroebe et al., 2007, p. 1963; Weisæth, 2021, p. 93). Dog ses der i litteraturen en tendens til, at kvinder er særligt sårbare overfor at udvikle symptomer på psykisk lidelse efter traumeeksponering og tab som følge heraf (Archer, 1999, p. 181; Ditlevsen & Elklit, 2012, p. 1; Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner,

2011, p. 339; Kristensen, Weisæth & Heir, 2010, p. 80; SAMHSA, 2014, p. 55; p. 133; Sprang & McNeil, 1998, p. 56). Dette gør sig gældende uanset om kvinder eksponeres for f.eks. trafikulykker (Sprang & McNeil, 1998, p. 56), naturkatastrofer (Kristensen et al., 2010, p. 80), at miste en nærtstående til cancer (Kersting et al., 2011, p. 340) eller på tværs af både naturlige og ikke-naturlige dødsfald (Ditlevsen & Elklit, 2012, p. 1). Dette på trods af at mænd er i højere risiko for at opleve en traumatisk hændelse end kvinder (Ditlevsen & Elklit, 2012, p. 2; SAMHSA, 2014, p. 55). I henhold til udviklingen af misbrugsadfærd er mænd dog i højere risiko (SAMHSA, 2014, p. 133).

Archer (1999) beskriver med afsæt i tilknytnings- og evolutionsteori, hvordan den pårørendes køn kan have betydning for sorg- og traumereaktionen (Archer, 1999, p. 231f). Archer (1999) beskriver bl.a., hvordan kvinder og mænds copingstrategier ift. at overkomme negative hverdagshændelser. Kvinder anvender emotionsfokuseret coping, hvilket indebærer rumination, fokusering på egne følelser samt fokus på at udtrykke disse. Mænd anvender derimod i højere grad problemfokuseret coping, hvor individet tænker på udfordringen, samler information herom og forsøger at løse den (Archer, 1999, p. 240). I henhold til Tosporsmodellen af Stroebe & Schut (1999/2010) anvender flere kvinder copingstrategier fra det tabsorienterede spor, hvor sorgarbejde, undgåelse og nægtelse af tilpasningen til livet efter tabet er dominerende. Mænd anvender derimod i højere grad copingstrategier fra det restaurerende spor, hvor det at forholde sig til livet efter tabet, at lave nye ting samt at undgå og benægte sorgen er dominerende (Archer, 1999, p. 241; Stroebe & Schut, 1999, p. 218; p. 220; Stroebe & Schut, 2010, p. 276).

Kønsforskellene kan endvidere sættes i relation til forskellige sorgregler og -rettigheder blandt mænd og kvinder, hvor kvinder i højere grad udtrykker deres sorg, hvorimod mænd har en tendens til at undertrykke den (Archer, 1999, p. 242; Doka & Martin, 2010, p. 126). Kønsforskellene i anvendelsen af copingstrategier kan af samfundet anses som et udtryk for, at mænd sørger mindre end kvinder frem for hvad egentlig kan være gældende; at mænd blot sørger anderledes end kvinder (Doka & Martin, 2010, p. 126; Stroebe & Schut, 1999, p. 219).

Opsummerende antydes det i litteraturen, at der kan forekomme kønsforskelle ift. tabs- og sorgreaktioner. Disse forskelle kan være influeret af tilknytnings- og evolutionsteori samt kulturelle normer og praksisser.

2.3.3. Symptomer på psykisk lidelse

Normative og ukomplicerede sorgforløb kan beskrives ud fra Stroebe og Schuts (1999/2010) Tosporsmodel, som tidligere er beskrevet for. Dog kan den svingning, der sker mellem det tabsorienterede og restaurerende spor, og som er et kerneelement for at opnå en adaptiv sorgproces, fejle eller ophøre. Dette kan medføre, at sorgen udvikler sig til at blive patologisk (Stroebe & Schut, 1999/2010). I forlængelse heraf kan Cullbergs (1976/2007) kriseteori nævnes og sættes i relation til Bonannos (2004) teori om sørgendes forløb, hvor 5 % - 30 % af de pårørende vil reagere på tab med forhøjet og kronisk distress, resulterende i udvikling af psykopatologi (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2002; Bonanno et al., 2011). I nærværende afsnit vil vi beskrive den psykopatologi, som litteraturen antyder, at pårørende kan udvikle symptomer på, som følge af tab under pludselige og voldsomme omstændigheder.

Som tidligere nævnt, indikerer litteraturen, at tabet af familiemedlemmer eller tætte venner ifm. katastrofer kan øge de pårørendes risiko for at udvikle psykopatologi (Boerner et al., 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 43; Psykiatrien Region Nordjylland, 2022b, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; SAM-HSA, 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). Følgende fire psykiatriske diagnoser optræder hyppigst i litteraturen: prolonged grief disorder (PGD), posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), depression og angst (Goldmann & Galea, 2014; Kristensen et al., 2012, p. 76; Stroebe et al., 2007, p. 1963; Neria et al., 2008, p. 340; Weisæth, 2021, p. 93).

I dette afsnit redegøres for de fire diagnoser iht. prævalens, komorbiditet, diagnostiske kriterier og relevante instrumenter til måling af symptomer på de respektive lidelser. Diagnoserne beskrives med udgangspunkt i den gældende version af diagnose- og klassifikationssystemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) udarbejdet af American Psychiatric Association (APA) i 2022. DSM-5-TR er valgt, da 9 ud af de 14 inkluderede studier i specialets artikeldel er udarbejdet i USA, hvor DSM-systemet anvendes. Desuden er de måleinstrumenter, som anvendes i de inkluderede studier, udarbejdet med udgangspunkt i DSM-manualerne. De diagnostiske beskrivelser af hhv. PGD, PTSD, depression og angst er overvejende enslydende iht. International Classification of

Diseases 11th Revision (ICD-11), som anvendes i Europa, hvorfor de pågældende diagnoser blot refereres til som beskrevet i DSM-5-TR (APA, 2022; World Health Organization, 2023).

2.3.3.1 Patologisk sorg

Nærværende review anvender begrebet *patologisk sorg* ved beskrivelsen af sorgreaktioner, som er patologiske og ikke følger et alment sorgforløb. Patologisk sorg kan anses som et underbegreb til betegnelsen *kompliceret sorg*, der kan forstås som et paraplybegreb for en række af komplicerede sorgreaktioner, herunder den specifikke sorgdiagnose Prolonged Grief Disorder (PGD) (Larsen et al., 2018, p. 16). PGD er oplistet som en del af de traume- og stressrelaterede lidelser i DSM-5-TR. Prævalensen er ifølge APA (2022, p. 324) endnu ukendt. I henhold til komorbiditet ses lidelserne depression, PTSD og misbrugslidelser (APA, 2022, p. 327).

2.3.3.1.1. Diagnostiske kriterier

Ifølge DSM-5-TR er PGD en langvarig maladaptiv sorgreaktion, som først kan diagnosticeres når A) der er gået mindst 12 måneder (6 måneder for børn og unge) siden dødsfaldet af en person, som den efterladte havde et nært forhold til; B) tilstanden indebærer en udvikling af en vedvarende sorgreaktion karakteriseret ved 1) intens længsel efter den afdøde eller 2) optagethed af tanker eller minder om afdøde. Den intense længsel eller optagethed skal have været til stede de fleste dage i en klinisk signifikant grad og skal have været til stede næsten hver dag i mindst den seneste måned. C) Siden dødsfaldet skal der have været mindst tre yderligere symptomer til stede de fleste dage i en klinisk signifikant grad, og disse skal have været til stede næsten hver dag i mindst den seneste måned. Symptomerne omfatter: 1) identitetsforstyrrelser efter dødsfaldet; 2) en udpræget følelse af vantrø over dødsfaldet; 3) undgåelse af påmindelser om, at personen er død; 4) intens følelsesmæssig smerte; 5) udfordringer ved at reintegrere sig i personlige forhold og aktiviteter; 6) emotionel følelsesløshed; 7) en følelse af, at livet er meningsløst; eller 8) intens ensomhed. D) Symptomerne på PGD skal resultere i klinisk signifikant distress eller forringelse i sociale, erhvervs-mæssige og/eller andre vigtige funktionsområder hos den efterladte. E) Karakteren, varigheden og sværhedsgraden af sorgreaktionen skal klart overstige de forventede

sociale, kulturelle eller religiøse normer, der findes indenfor individets kultur og kontekst; og symptomerne må ikke kunne forklares bedre ved andre psykiske lidelser (f.eks. PTSD eller depression) eller kunne tilskrives de fysiologiske virkninger af et stof (f.eks. medicin eller alkohol) eller en anden medicinsk tilstand (APA, 2022, pp. 322-323).

2.3.3.1.2. Måleinstrumenter

I dette afsnit redegør vi kort for de to standardiserede måleinstrumenter, *Inventory of Complicated Grief* samt *Texas Revised Inventory of Grief*, som 8 ud af de 14 inkluderede artikler anvender til at måle symptomer på patologisk sorg.

2.3.3.1.2.1. *Inventory of Complicated Grief*

Inventory of Complicated Grief (ICG) blev udviklet af Prigerson et al. (1995) og er et måleinstrument på 19 items, der vurderer indikatorer for patologisk sorg såsom vrede, vantro og hallucinationer (Prigerson et al., 1995, p. 71). Respondenten bliver bedt om at angive den hyppighed (0 = aldrig, 1 = sjældent, 2 = nogle gange, 3 = ofte, 4 = altid), han/hun i øjeblikket oplever hver af de beskrevne følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige tilstande (Prigerson et al., 1995, p. 70). Den samlede score varierer fra 0 til 76, hvor en score på 26 eller derover indikerer, at respondenter lider af kompliceret sorg (Prigerson et al., 1995, p. 73).

I specialets systematiske review, anvender følgende fem studier måleinstrumentet ICG; studie (1) af Burke, Neimeyer, & McDevitt-Murphy (2010) og McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams og Lawson (2012), studie (2) af Cozza et al. (2019) og Cozza et al. (2020), studie (3) af Dyregrov, Dyregrov & Kristensen (2015) og Kristensen, Dyregrov, Dyregrov og Heir (2016), studie (5) af Kristensen, Dyregrov & Gjestad (2020), samt studie (14) af van Denderen, de Keijser, Huisman, & Boelen (2016). Dette fremgår af Tabel 3: *Symptomer på patologisk sorg* i specialets artikeldel.

2.3.3.1.2.2. *Texas Revised Inventory of Grief*

Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) er et af de mest udbredte instrumenter til måling af intensiteten af sorg. TRIG består af 21 items, der måles på en Likert-skala

fra 1 (helt sandt) til 5 (helt falsk) og er opdelt i to subskalaer: TRIG Past og TRIG Present. TRIG Past har otte items med en samlet score på 8 - 40. Ved denne skala skal individet tænke tilbage på tiden umiddelbart efter tabet (tidligere adfærd). TRIG Present har 13 items, og den samlede score varierer fra 13 - 65. Denne skala har fokus på individets aktuelle følelsesmæssige reaktioner (nuværende følelser). Jo lavere score, des højere niveau af sorg indikeres (Holm, Alvariza, Fürst, Öhlen & Årestedt, 2018, p. 481).

I specialets systematiske review, anvender følgende tre studier måleinstrumentet TRIG; studie (9) af Rynearson (1995), studie (10) af Sharpe, Osteen, Frey & Michalopoulos (2014) samt studie (13) af Tuck, Baliko, Schubert & Anderson (2012). Dette ses i Tabel 3: *Symptomer på patologisk sorg* i specialets artikeldel.

2.3.3.2. Posttraumatisk belastningsreaktion

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) tilhører gruppen af lidelser, hvor eksponering af en traumatisk eller belastende hændelse indgår som et diagnostisk kriterie (APA, 2022, p. 295). Den estimerede nationale livstidsprævalens af PTSD blandt voksne i USA er 6.8 %, jf. kriterierne for DSM-IV (APA, 2022, p. 308). I henhold til kønsforskelle i USA er PTSD mere prævalent blandt kvinder (8.00 % - 11.00 %) sammenlignet med mænd (4.10 % - 5.40 %) (APA, 2022, p. 311). I henhold til komorbiditet, er individer diagnosticeret med PTSD i højere risiko for at have symptomer på diagnostisk niveau for minimum én anden psykisk lidelse. Eksempler herpå er depression, bipolar lidelse, angst og misbrug (APA, 2022, p. 313).

2.3.3.2.1. Diagnostiske kriterier

Diagnosemanualen DSM-5-TR oplister forskellige kriterier (A-H) for, at PTSD-diagnosen (F43.10) kan stilles. DSM-5-TR skelner mellem individer over og under 6 år, men da kriterierne i overordnede træk er enslydende, begrænser nærværende speciale sig til kun at beskrive de kriterier, der gælder individer over 6 år. Disse kriterier er; A) eksponering for faktisk død eller oplevet trussel på død, alvorlig personskade eller seksuel vold; B) tilstedeværelse af et (eller flere) indtrængningssymptomer; C) vedvarende undgåelse af stimuli associeret med traumet; D) negative ændringer i kognitioner

og humør; E) markante ændringer i arousal og reaktivitet; F) forstyrrelsens varighed (kriterium B, C, D og E) er mere end 1 måned; G) forstyrrelsen forårsager klinisk signifikant lidelse eller forringelse af social, erhvervsmæssig eller andre vigtige funktionsområder; H) forstyrrelsen kan ikke tilskrives de fysiologiske virkninger af et stof (f.eks. medicin eller alkohol) eller en anden medicinsk tilstand (APA, 2022, pp. 301-303).

2.3.3.2.2. Måleinstrumenter

I dette afsnit redegøres for de instrumenter, der i de inkluderede artikler anvendes til at måle symptomer på PTSD. Disse måleinstrumenter er Impact of Event Scale (IES) og den reviderede version Impact of Event Scale – Revised (IES-R) samt Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL). I artiklens systematiske review anvender 2 af de 14 inkluderede studier måleinstrumentet IES, 5 studier anvender IES-R, og 2 studier anvender PCL. På tværs af de inkluderede studier anvendes desuden også skalaerne Traumatic Experiences Scale (TES), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), Civilian Mississippi Scale (CMS), PTSD Symptom Scale-Self-Report (PSS-SR) samt PTSD Checklist for DSM-V (PCL-5) til at måle symptomer på PTSD. Disse måleinstrumenter redegøres imidlertid ikke yderligere for, da de kun forekommer én gang på tværs af artiklerne.

2.3.3.2.2.1. Impact of Event Scale

Impact of Event Scale (IES) er et instrument udviklet af Horowitz, Wilner og Alvarez (1979) til at måle graden af distress, et individ forbinder med en bestemt begivenhed. Måleinstrumentet har 15 items, hvoraf 7 måler intrusioner, og 8 måler undgåelse. De forskellige items vurderes på en firepunktsskala, hvor 0 = slet ikke, 1 = sjældent, 3 = nogle gange og 5 = ofte. Scorene varierer fra 0 - 35 for intrusioner og fra 0 - 40 for undgåelse (Horowitz et al., 1979, p. 214). De to subskalaer kan kombineres, hvormed den samlede score rangerer fra 0 - 75 (Horowitz et al., 1979, p. 213). Den samlede score kan fortolkes iht. følgende dimensioner af PTSD-symptomer: 0 - 8 indikerer et subklinisk niveau, 9 - 25 indikerer milde symptomer, 26 - 43 indikerer moderate symptomer, og 44 - 75 indikerer svære symptomer. Det foreslås, at cut-off-scoren er 26, hvorover en moderat til svær påvirkning er indikeret (Sterling, 2008, p. 78).

Da IES ikke omfatter en subskala for hyperarousal, som er den tredje store symptomklynge ved PTSD i DSM-IV, udviklede Weiss & Marmar i 1997 en revideret version af skalaen (IES-R), hvor 7 items relateret til hyperarousal blev tilføjet (Weiss & Marmar, 1997, p. 403). I lighed med IES, vurderes hver item i IES-R på en firepunktsskala, hvor 0 = slet ikke, 1 = lidt, 2 = moderat, 3 = ret meget og 4 = ekstremt. Den samlede IES-R-score ligger således i intervallet 0 - 88, hvor Intrusion og Avoidance går fra 0 - 40, og Hyperarousal går fra 0 - 30 (Weiss & Marmar, 1997, p. 403f). Totalscoren for subskalaerne Intrusion og Avoidance kan sammenlignes med IES totalscore (Weiss & Marmar, 1997, p. 404).

IES og IES-R er ikke udarbejdet som klinisk diagnosticeringsværktøj, men anvendes bredt i litteraturen til at måle distress og symptomer på PTSD. En cut-off score på > 33 for IES-R totalscore eller en itemscore på 1.5, er sammenlignelig med en PTSD-diagnose. Dette vurderes på baggrund af en psykometrisk analyse iht. det diagnostiske værktøj Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) (Creamer, Bell & Failla, 2003, p. 1494).

I specialets systematiske review, anvender følgende 2 studier måleinstrumentet IES; studie (6) af Mezey, Evans & Hobdell (2002) og studie (10) af Sharpe et al. (2014). I henhold til IES-R anvender følgende 5 artikler måleinstrumentet; studie (3) af Dyregrov et al. (2015) og Kristensen et al. (2016), studie (5) af Kristensen et al. (2020), studie (9) af Rynearson (1995), studie (11) af Tasker og Wright (2020) samt studie (13) af Tuck et al. (2012). Dette fremgår af Tabel 2: *Symptomer på PTSD* i specialets artikeldel.

2.3.3.2.2. Posttraumatic Stress Disorder Checklist

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) er udviklet af Weathers, Litz, Herman, Huska og Keane (1993) og er et af de mest udbredte selvrapporteringsinstrumenter til vurdering af PTSD (Bovin et al., 2016, p. 1379). PCL består af 17 items, som svarer til DSM-III-R-symptomerne på PTSD. Respondenten skal angive, hvor meget vedkommende har været generet af hvert symptom i den seneste måned vha. en fempunktsskala, der spænder fra 1 (slet ikke) til 5 (ekstremt) (Weathers et al., 1993, p. 1). Den samlede PCL-score rangerer således fra 17 - 85, hvor en score mellem 17 - 29

indikerer, at der få eller ingen symptomer på PTSD er, 28 - 29 indikerer nogle PTSD-symptomer, 30 - 44 indikerer moderat til moderat høje symptomer på PTSD, og 45 - 85 indikerer høj grad af PTSD-symptomer (National Center for PTSD, 2022). PCL for DSM-IV findes i tre versioner, PCL-M (militær), PCL-C (civil) og PCL-S (specifik), som er ens i strukturen, men varierer en smule i instruktionerne og ordlyden af sætningerne afhængigt af populationen (Weathers et al., 2013).

I specialets systematiske review, anvender studie (2) af Cozza et al. (2019) og Cozza et al. (2020) PCL-5, og studie (1) af Burke et al. (2010) og McDevitt-Murphy et al. (2012) samt studie (13) af Tuck et al. (2012) måleinstrumentet PCL-C. Dette ses i Tabel 2: *Symptomer på PTSD* i specialets artikeldel.

2.3.3.3. Depression

Depression tilhører gruppen af lidelser, som er karakteriseret ved nedtrykt stemningsleje, tomhedsfølelse eller irritabelt humør ledsaget af ændringer i individets evne til at fungere (APA, 2022, p. 177). 12-måneders prævalensen af depression i USA er ca. 7 %, hvoraf prævalensen af aldersgruppen 18 år - 29 år er trefoldig sammenlignet med individer over 60 år. Prævalensen er ca. dobbelt så høj for kvinder sammenlignet med mænd (APA, 2022, p. 187f). I henhold til komorbiditet ses følgende diagnoser ofte ifm. individer med depression: misbrugslidelser, PTSD, obsessiv-kompulsiv tilstand, anoreksi, bulimi, borderline personlighedsforstyrrelse samt forskellige typer af angstlidelser (APA, 2022, p. 192).

2.3.3.3.1. Diagnostiske kriterier

I DSM-5-TR beskrives Major Depressive Disorder med afsæt i følgende diagnostiske kriterier: A) mindst 5 af følgende symptomer være til stede i 2 uger, og disse skal udtrykke en ændring ift. tidligere funktionsniveau: (1) nedtrykt stemning det meste af dagen; (2) markant nedsat interesse eller glæde ved (næsten) alle aktiviteter det meste af dagen; (3) betydeligt vægttab uden diæt eller vægtøgning eller nedsat eller øget appetit; (4) søvnløshed eller hypersomni; (5) observerbar psykomotorisk uro eller retarding; (6) træthed eller tab af energi; (7) følelser af værdiløshed eller overdreven eller uhensigtsmæssig skyldfølelse; (8) nedsat evne til at tænke eller koncentrere sig eller

ubeslutsomhed; (9) tilbagevendende tanker om døden, tilbagevendende selvmordstan-
ker uden en specifik plan, eller et selvmordsforsøg eller en specifik plan for at begå
selvmord. Mindst ét af symptomerne skal være enten (1) deprimeret stemning eller (2)
tab af interesse eller glæde, og symptom 1-8 skal forekomme næsten hver dag. B)
symptomerne skal forårsage klinisk signifikant distress eller forringelser i sociale, er-
hvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Episoden må ikke kunne tilskri-
ves de fysiologiske virkninger af et stof eller medicin, og C) forekomsten må ikke
bedre kunne forklares med psykotiske lidelser (APA, 2022, p. 183). I nærværende op-
gave anvendes ordet *depression* fremfor den engelske betegnelse *Major Depressive
Disorder*.

2.3.3.3.2. Måleinstrumenter

I specialets systematiske review, undersøger 6 ud af de 14 studier depression ud fra 7
forskellige måleinstrumenter. Studie (1) af Burke et al. (2010) og McDevitt-Murphy
et al. (2012) anvender Beck Depression Inventory II (BDI-II), studie (2) af Cozza et
al. (2019/2020) anvender The Patient Health Questionnaire (PHQ), studie (4) af Free-
man, Shaffer & Smith (1996) anvender både Child Behavior Checklist (CBCL) og
Children's Global Assessment Scale (CGAS), studie (8) af Pfeffer, Altemus, Heo &
Jiang (2009) anvender SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), studie (12)
af Thompson og Vardaman (1997) og Thompson, Norris & Ruback (1998) anvender
The Brief Symptom Inventory (BSI), og studie (13) af Tuck et al. (2012) anvender
Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D). Dette fremgår af Ta-
bel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse* i specialets artikeldel. Da måleinstrumen-
terne kun forekommer én gang på tværs af studierne, uddybes disse ikke yderligere.

2.3.3.4. Angst

Generaliseret angst er en del af angstlidelserne, som er kendetegnede ved udpræget
frygt og angst og relaterede til forstyrret adfærd (APA, 2022, p. 215). I USA er 12-
månedersprævalensen af generaliseret angst 0.9 % blandt unge og 2.9 % blandt voksne.
Voksne og unge kvinder er i minimum dobbelt så høj risiko for at opleve generaliseret
angst sammenlignet med unge mænd (APA, 2022, p. 251f). I henhold til komorbiditet
kan nævnes andre angstlidelser og unipolar depression (APA, 2022, p. 254).

2.3.3.4.1. Diagnostiske kriterier

Generaliseret angst (F41.1) er karakteriseret ved følgende diagnostiske kriterier : A) overdreven angst og bekymring om en række begivenheder eller aktiviteter i flere dage end uden symptomerne i minimum 6 måneder; B) udfordringer ved at kontrollere angsten; C) angsten og bekymringen forbindes med 3 (eller flere) af følgende 6 symptomer: (1) rastløshed eller anspændt; (2) hurtig udtrætning; (3) koncentrationsbesvær eller følelsen af at tankerne er tomme; (4) irritabilitet; (5) muskelspændinger; (6) søvnforstyrrelser. Desuden skal D) angsten eller bekymringerne forårsage klinisk signifikant svækkelse i sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Endvidere må E) forstyrrelsen ikke kunne tilskrives andre fysiologiske virkninger af et stof eller en anden medicinsk tilstand, og F) forstyrrelsen må ikke kunne forklares af anden psykisk lidelse (APA, 2022, pp. 250-251).

2.3.3.4.2. Måleinstrumenter

I specialets systematiske review, undersøger 3 af de 14 inkluderede studier angst med 4 forskellige måleinstrumenter. Studie (1) af Burke et al. (2010) og McDevitt-Murphy et al. (2012) anvender Beck Anxiety Inventory (BAI), studie (2) af Cozza et al. (2019) og Cozza et al. (2020) anvender The Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7), og studie (4) af Freeman et al. (1996) anvender både CBCL og CGAS. Dette ses i Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse* i specialets artikeldel. Da måleinstrumenterne kun forekommer én gang på tværs af studierne, uddybes disse ikke yderligere.

2.3.3.5. Opsummering på psykiske lidelser

Som nævnt i ovenstående, indikerer litteraturen, at tab som følge af katastrofer kan øge de pårørendes risiko for at udvikle psykopatologi (Boerner et al., 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 43; Psykiatrien Region Nordjylland, 2022b, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; SAMHSA, 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). De psykiske lidelser PGD, PTSD, depression og angst optræder hyppigst i litteraturen (Goldmann & Galea, 2014; Kristensen et al., 2012, p. 76; Stroebe et al., 2007, p. 1963; Neria et al., 2008, p. 340; Weisæth, 2021, p. 93). Gennem ovenstående

redegørelser har vi opnået større viden om disse lidelser. Redegørelsen danner fundament for vores forståelse af de symptomer på psykisk lidelse, som vi undersøger i vores systematiske review, som præsenteres i artikeldelen. Redegørelserne for måleinstrumenterne har endvidere bidraget til en dybere forståelse ift. fortolkningen af de inkluderede studiers resultater.

3. Metode

I dette afsnit beskriver vi, hvordan vores forskningsspørgsmål er udarbejdet med afsæt i PICO. Herefter redegør vi for et systematisk review, jf. PRISMA 2020 guidelines, og uddyber i forlængelse heraf, hvordan denne metode anvendes i specialets artikeldel. Herunder beskriver vi artiklens in- og eksklusionskriterier, søgestrategi og informationskilder, selektionsproces, dataudtrækningsproces og -items samt effektmål og omregninger. Endeligt beskriver vi andre relevante begreber iht. epidemiologi.

3.1. PICO: forskningsspørgsmål

Et forskningsspørgsmål bør ifølge O'Connor, Green og Higgins (2008) specificere hvilken type af population, intervention samt hvilket outcome, der ønskes undersøgt. Dette kan gøres vha. PICO (akronym for *Participants, Interventions, Comparisons and Outcomes*) (O'Connor et al., p. 83f), hvor *P* refererer til den givne population eller det problem, der ønskes undersøgt. *I* henviser til den intervention eller eksponering, som populationen udsættes for, og *C* refererer til hvilken type sammenligning, der er relevant for spørgsmålet, der undersøges. Endeligt henviser *O* til det outcome, som ønskes belyst hos den givne population (O'Connor et al., 2008, p. 84). I henhold til PICO, kan specialets forskningsspørgsmål beskrives som følgende: *P* refererer til familiære pårørende, *I* henviser til tabet af et familiemedlem til en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger, og *O* refererer til symptomer på psykisk lidelse. Der er ingen sammenligningsgruppe, hvorfor *C* ikke er defineret.

3.2. Afgrænsning

Med afsæt i ovenstående teoretiske fundament og forskningsmæssige baggrund, specificerer vi i dette afsnit den afgrænsning, som ligger til grund for udarbejdelsen af vores artikel.

3.2.1. Pårørende

Nærværende speciale afgrænser sig til at undersøge nære pårørende, som er i familie med offeret. Herunder forstås også ikke-beslægtede familiemedlemmer såsom partnere og stedsøskende/-forældre. Venner, kollegaer, naboer og andre bekendte inkluderes ikke. Det anerkendes, at et dødsfald kan påvirke andre pårørende end de familiære relationer, men den type af sorg, der opleves hos familiære pårørende, adskiller sig fra øvrig sorg. Specialet afgrænser sig således fra at omhandle andre typer af pårørende end de familiære, som defineret ovenfor. I nærværende specialeafhandling vil ordet *pårørende* således anvendes for den population, som netop er redegjort for.

3.2.2. Dødsfaldet

Specialet afgrænser sig til at undersøge pårørende til ofre for en enkeltstående pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger, herunder drab og terrorhændelser. Dermed afgrænser specialet sig fra at omhandle krigs- og konfliktrelaterede dødsfald og ikke-intentionelle dødsfald som f.eks ulykker, naturlig død og naturkatastrofer.

3.2.3. Symptomer på psykisk lidelse

Indeværende speciale afgrænser sig til at undersøge symptomer på psykisk lidelse, som de pårørende kan udvikle som konsekvens af et dødsfald under pludselige og voldsomme voldsrelaterede hændelser. Der afgrænses til psykiske lidelser, som fremgår af ICD og/eller DSM.

3.2.4. Vestlige lande

Specialet afgrænser sig til at inkludere artikler udarbejdet i vestlige lande, som ifølge Danmarks Statistik (2023b) omfatter: Andorra, Australien, Canada, EU, Island, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, USA og Vatikanstaten.

3.2.5. Opsummering

I nærværende speciale afgrænser vi os til udelukkende at undersøge pårørenderelationer, som er familiære, samt pludselige og voldsomme dødsfald forårsaget af voldshandlinger. I tillæg hertil skal symptomer på psykisk lidelse være oplistet i enten DSM eller ICD. Endeligt afgrænser vi os til kun at inkludere studier foretaget i vesten.

3.3. Systematisk review

I dette afsnit redegør vi teoretisk for et systematisk review iht. PRISMA 2020 guidelines (Page et al., 2021a). I den forbindelse beskriver vi også risk of bias analyse.

3.3.1. PRISMA 2020 guidelines

Den behandling borgere og patienter tilbydes i sundhedssystemet bør være forankret i evidensbaserede indsatser, og alternativt ”best practice”, såfremt evidensbaserede metoder ikke eksisterer på området (Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 10; Green et al., 2008, p. 6). For at overskueliggøre og samle den tilgængelige viden på et forskningsområde kan en systematisk litteraturgennemgang, også benævnt *et systematisk review*, anvendes. Et systematisk review søger at finde og sammenfatte al empirisk evidens på et givet område defineret med afsæt i in- og eksklusionskriterier. Dette gøres eksplicit og systematisk for at minimere bias og skabe pålidelige resultater (Green et al., 2008, p. 8).

I 2009 blev The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) publiceret. PRISMA er udarbejdet mhp. at sikre systematik og transparens ved udarbejdelsen af systematiske reviews og anses dermed som et opgør mod forskning af lav kvalitet. PRISMA beskriver dybdegående hvorfor et systematisk review foretages, hvordan det udføres, herunder hvordan de inkluderede studier blev identificeret og selekteret samt hvilke fund, der blev identificeret (Page et al., 2021a, p. 1). PRISMA indeholder en tjekliste med 27 items fordelt på 7 sektioner: (1) titel, (2) abstract, (3) introduktion, (4) metode, (5) resultater, (6) diskussion og (7) anden information. PRISMA indeholder endvidere en tjekliste, som kan anvendes ved udarbejdelsen af et abstract. Tjeklisten har 12 items fordelt på 5 sektioner (Page et al., 2021a, p. 4f). Derudover indeholder PRISMA en template til et flowdiagram til at visualisere

selektionsprocessen (Page et al., 2021a, p. 1f). PRISMA er designet til at blive anvendt ved evaluering af sundhedsrelaterede interventioner, men kan også anvendes til forskning, der ikke er sundhedsrelateret (Page et al., 2021b, p. 1). Som led i udarbejdelsen af et systematisk review anbefales det, at reviewet bygger på et fundament i form af en forskningsprotokol (PRISMA-P). Denne protokol bør beskrive rationalet, hypotesen samt den planlagte metode, som danner grundlag for det systematiske review (Shamseer et al., 2015, p. 1). Udarbejdelsen af en forskningsprotokol er vigtig, da planlægning bidrager til at overholde den systematiske tilgang og giver mulighed for på forhånd at foregribe eventuelle udfordringer. Desuden er der rum for en eksplicit beskrivelse af tilgangen, som kan anvendes til efterfølgende sammenligning med det færdige resultat. Derudover mindskes risikoen for at træffe arbitrære beslutninger undervejs (Shamseer et al., 2015, p. 1). En af kernefordelene ved anvendelsen af en forskningsprotokol er, at den foregriber selektivt rapporteringsbias, som opstår når forskere selektivt rapporterer resultater (Shamseer et al., 2015, p. 2). Der er ikke systematisk udarbejdet PRISMA-P for dette speciale, men i stedet denne rammesættende del. Dette tillæg vil dog indholdsmæssigt drage paralleller til PRISMA-P. Tjeklisten for PRISMA anvendt i indeværende speciale findes i Bilag 1: *PRISMA 2020 Checklist*.

3.3.2. Risk of bias

Ved udarbejdelsen af ethvert systematisk review, bør risikoen for bias i resultaterne vurderes (Higgins & Altman, 2008, p. 187; Page et al., 2021a, p. 6; Page et al., 2021b, p. 11). *Bias* refererer til systematiske fejl eller afvigelse fra sandheden i resultaterne eller i den logiske slutning, hvormed der er risiko for at over- eller undervurdere interventions- eller eksponeringseffekten (Higgins & Altman, 2008, p. 188). Hvorvidt forskningsresultaterne kan anvendes, afhænger således af om de inkluderede studier er valide (Higgins & Altman, 2008, p. 187). Et studies validitet kan beskrives ud fra de to overordnede kategorier *ekstern* og *intern validitet*. Førstnævnte henviser til hvorvidt det er et passende forskningsspørgsmål, der arbejdes ud fra, og hænger desuden sammen med et studies generaliserbarhed og overførbarhed. Intern validitet relaterer sig til hvorvidt det forskningsspørgsmål, der stilles, besvares korrekt og uden bias (Higgins & Altman, 2008, p. 188). Udarbejdelsen af en risk of bias analyse beskæftiger sig med den interne validitet og bør ikke forveksles med unøjagtighed eller kvalitet (Higgins & Altman, 2008, p. 189). Grundet specialets tidsbegrænsede omfang har vi

ikke udarbejdet en risk of bias, hvilket vi er opmærksomme på kan have indflydelse på det systematiske reviews validitet og anvendelighed.

3.3.3. Meta-analyse

Ethvert systematisk review bør stræbe efter at udarbejde en meta-analyse, da denne anses som ”guldstandarden” og dermed det øverste niveau af evidens indenfor forskning (Clark & Steward, 1994, p. 1007; p. 1009f). En meta-analyse kan give et mere præcist estimat af effekten af den givne intervention eller eksponering, som præsenteres i de individuelle studier. Dette gøres ved at opsummere resultaterne for de enkelte studier vha. statistisk metode (Deeks, Higgins & Altman, 2008, p. 243; Green et al., 2008, p. 8; Page et al., 2021b, p. 14). En meta-analyse kan øge den statistiske power, hvormed chancen for at påvise en statistisk signifikant effekt højnes, da mange individuelle studier er for små. Desuden kan en meta-analyse medføre øget præcision ift. en intervention eller eksponerings effektstørrelse, da flere studier samlet bidrager til et mere nøjagtigt estimat (Deeks et al., 2008, p. 246). Det er dog ikke altid relevant at udarbejde en meta-analyse. Såfremt de inkluderede studier er heterogene, kan det overvejes, hvorvidt det er passende at inddrage alle studier i samme analyse. Derudover kan en analyse af et review med en høj risiko for bias give misvisende resultater (Deeks et al., 2008, p. 247). På baggrund af nærværende systematiske reviews tidsbegrænsede omfang, vil der ikke blive udarbejdet en meta-analyse.

3.4. Artiklens metode

I dette afsnit beskrives uddybende artikeldelens anvendte metode iht. in- og eksklusionskriterier, søgestrategi og informationskilder, selektionsproces, dataudtrækningsproces og -items samt effektmål og omregninger. De forskellige metodiske overvejelser gengives i artiklen, men i en forkortet version. Ved tabel- og figurhenvielse, refereres til de tabeller og den figur, som præsenteres i artikeldelen.

3.4.1. In- og eksklusionskriterier

I vores systematiske review vurderer og selekterer vi studierne med afsæt i vores in- og eksklusionskriterier. Disse er udarbejdet i relation til vores forskningsspørgsmål og

vores afgrænsning, som er specificeret med afsæt i vores tilegnede viden om forskningsfeltet iht. teorier og tidligere forskning på området. I dette afsnit præsenterer og begrundes vi vores in- og eksklusionskriterier.

Studierne blev inkluderet på baggrund af følgende inklusionskriterier:

- Udgivet på dansk, engelsk eller norsk
- Udgivet i et peer-reviewed tidsskrift
- Udgivet i vestlige lande
- Indeholde kvantitativt data fra primære studier
- Omhandle familiære pårørende, der er nært relaterede til et offer for en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger
- Rapportere på symptomer på psykisk lidelse iht. diagnosekriterier for ICD eller DSM.

Efter screeningsprocessen tilføjede vi endnu et inklusionskriterie:

- Studiets måleinstrument(er) skulle være standardiseret

Studier blev ekskluderet ud fra følgende eksklusionskriterier:

- Dødsårsagen var:
 - a) naturlig død
 - b) selvmord
 - c) arbejdsulykker
 - d) krig og længerevarende konflikter, herunder folkedrab
 - e) naturkatastrofer
 - f) ikke-intentionelle menneskelige hændelser
 - g) pandemier
- Udgivet før år 1994 og/eller anvendte ældre versioner af diagnosemanualerne end DSM-IV og ICD-10
- Dyreforsøg

Der blev ikke ekskluderet på baggrund af køn eller alder.

3.4.1.1. Begrundelse for valg af in- og eksklusionskriterier

I nærværende afsnit beskriver vi de tanker og refleksioner, vi har gjort os ifm. udarbejdelsen af vores in- og eksklusionskriterier. Kriterierne er udarbejdet med afsæt i den viden, vi har tilegnet os gennem den teori og tidligere forskning, som er beskrevet i afsnittet *Baggrund: teori og tidligere forskning*.

I henhold til inklusionskriterier, har vi valgt at afgrænse vores forskningsområde til artikler, som er publiceret på dansk, engelsk eller norsk. Disse sprog er valgt, da vi læser og forstår dem på akademisk niveau. På den måde sikrer vi, at vi får det fulde udbytte af artiklerne, og at der ikke sker fortolkningsfejl og misforståelser. I tillæg hertil har vi valgt, at de inkluderede artikler skal være udgivet i et peer-reviewed tidsskrift, for at sikre, at vi kun anvender forskning, som er bedømt af andre fagfæller iht. kvalitetssikring og videnskabelighed. Derudover har vi besluttet, at studierne skal være udgivet i et vestligt land, da vestlige lande overordnet er sammenlignelige ift. kulturelle praksisser og normer, hvorudfra sorgkultur også præges (Doka, 2008, p. 225; Doka & Martin, 2002, p. 338f; Guldin, 2019, p. 29; Køster et al., 2018, p. 37; Rodgers & DuBois, 2018, p. 1). Vi har valgt at afgrænse vestlige lande iht. Danmarks Statistiks (2023b) definition, hvor følgende lande nævnes: Andorra, Australien, Canada, EU, Island, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, USA og Vatikanstaten. Derudover har vi valgt, at de pårørende skal være i familie med offeret, da relationen og tilknytningen til den mistede, kan have væsentlig betydning, for den sorg, som den efterladte oplever (Guldin, 2010, p. 162; Robson & Walther, 2012, p. 109), samt for at kunne undersøge en mere afgrænset målgruppe. Venner, kollegaer, naboer og andre bekendte bliver således ikke inkluderet. Undtagelsesvist inkluderes studier, såfremt de ikke-familiære pårørenderelationer, udgør mindre end 10 % af samplet.

Ydermere har vi valgt, at de inkluderede artikler skal måle symptomer på psykisk lidelse hos de pårørende, da tab under pludselige og voldsomme omstændigheder kan være særligt traumatiserende for individet, og medføre øget risiko for udvikling af symptomer på psykopatologi (Boerner et al. 2012, p. 58; Kristensen et al., 2012, p. 76; Moreira et al., 2023, p. 43; Region Nordjylland, 2022, p. 4; Sundhedsstyrelsen, 2014, p. 15; SAMHSA, 2014, p. 49; Zinzow et al., 2009, p. 20). Symptomerne skal kunne relateres til psykisk lidelse som beskrevet iht. diagnosemanualerne DSM

eller ICD. I tillæg hertil, har vi besluttet, at dødsfaldet skal være forårsaget af en intentionel voldshandling, da disse omstændigheder kan være særligt traumatiserende (Høgsted, 2019, p. 51; SAMHSA, 2014, p. 34f; 49f). Endvidere har vi valgt, at symptomerne på psykisk lidelse skal måles med standardiserede måleredskaber for at sikre reliabilitet og validitet, samt for at mindske udfordringer ifm. sammenligning af resultater. Slutteligt skal studierne anvende kvantitative metoder og rapportere på kvantitative data fra primære studier.

I henhold til eksklusionskriterier har vi besluttet at ekskludere studier, der undersøger død som følge af naturlig død, selvmord, arbejdsulykker, krig og længerevarende konflikter, naturkatastrofer, uagtsomt manddrab og/eller pandemier. Dette da vi ønsker at undersøge pludselige og voldsomme dødsfald som følge af voldshandlinger, som beskrevet i inklusionskriterierne. Vi har endvidere foretaget et valg om at ekskludere studier publiceret før år 1994. Da både ICD-10 og DSM-IV er udgivet i 1994, blev dette år valgt som skillelinje mhp. at sikre aktualitet, tilgængelighed, relevans, repræsentativitet og overførbarhed til de gældende udgaver af diagnosemanualerne (ICD-11 og DSM-V). Endeligt har vi valgt at ekskludere dyreforsøg, da vi ønsker at undersøge mennesker som population.

3.4.2. Søgestrategi og informationskilder

I første del af søgeprocessen dannede vi 3 søgeblokke med overskrifterne *dødsfald*, *pårørende* og *outcome* (Bilag 2: *Søgestreng*). I hver søgeblok indgik relevante ord, der havde tilknytning til søgeblokkens overskrift. Disse ord blev lokaliseret via gennemlæsning af og orientering i relevant litteratur på området. Søgeblokkene dannede udgangspunktet for vores pilotsøgning, som foregik på onlinedatabaserne PubMed og PsycNet. Disse databaser vurderedes at være tilstrækkeligt dækkende over den psykologfaglige litteratur, der findes på området. En pilotsøgning blev foretaget den 31. januar 2023. Med udgangspunkt i de tre søgeblokke blev relevante indekstermer fundet i de respektive databaser, og disse blev sammensat med fritestord, så en søgestreng blev skabt (Bilag 2: *Søgestreng*). I alt blev 8380 artikler, herunder 833 dubletter, lokaliseret. Pilotsøgningen bidrog til at skærpe og yderligere specificere in- og eksklusionskriterierne. Således sikredes, at den endelige søgning var specificeret, og at støj i

videst muligt omfang blev undgået. Den endelige søgning blev foretaget den 17. februar 2023. Nedenstående viser den endelige søgestreng fra PubMed. Søgstrengen fra PsycNet findes i Bilag 2: *Søgestreng*.

```
((("Homicide"[Mesh]) OR "Death, Sudden"[Mesh]) OR "Terrorism"[Mesh]) OR  
(Murder*[Title/Abstract] OR Homicid*[Title/Abstract] OR Manslaughter*[Title/Abstract] OR Kill*[Title/Abstract] OR "Deadly violence"[Title/Abstract] OR "Sudden death"[Title/Abstract] OR "Violent death"[Title/Abstract] OR Bomb*[Title/Abstract] OR "Traumatic death*[Title/Abstract] OR terrorism[Title/Abstract] OR Shoot*[Title/Abstract] OR "unnatural death*[Title/Abstract] OR "mass killing*[Title/Abstract])) AND (((("Fathers"[Mesh]) OR "Friends"[Mesh]) OR "Grandparents"[Mesh]) OR (((("Family"[Mesh]) OR "Parents"[Mesh]) OR "Siblings"[Mesh])) OR ("Next of kin"[Title/Abstract] OR Famil*[Title/Abstract] OR Parent*[Title/Abstract] OR Sibling*[Title/Abstract] OR Relatives[Title/Abstract] OR Mother*[Title/Abstract] OR Father*[Title/Abstract] OR Brother*[Title/Abstract] OR sister*[Title/Abstract] OR friend*[Title/Abstract] OR grandparent*[Title/Abstract] OR girlfriend*[Title/Abstract] OR boyfriend*[Title/Abstract] OR wife[Title/Abstract] OR wives[Title/Abstract] OR husband*[Title/Abstract] OR spouse*[Title/Abstract] OR partner*[Title/Abstract])))) AND (((((((("Bereavement"[Mesh]) OR "Grief"[Mesh]) OR "Adaptation, Psychological"[Mesh]) OR "Resilience, Psychological"[Mesh]) OR "Risk Factors"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR (Bereave*[Title/Abstract] OR griev*[Title/Abstract] OR coping[Title/Abstract] OR loss*[Title/Abstract] OR grief[Title/Abstract] OR resilien*[Title/Abstract] OR mourn*[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "risk factor*[Title/Abstract]))))
```

3.4.3. Selektionsproces

Ved den endelige søgning blev 5813 artikler identificeret, heraf 4083 artikler fra PubMed og 1730 artikler fra PsycNet. De identificerede studier blev eksporteret til Rayyan til screening og selektion. I Rayyan blev dubletter fundet vha. et automatiseret værktøj, hvorefter de blev gennemgået manuelt. I alt blev 672 dubletter identificeret og fraserteret, hvormed 5141 blev selekteret til første screening, *titelscreening*. I titelscreenin-

gen blev 4638 artikler frasorteret, da 4324 artikler havde et forkert fokus, og 314 artikler var forkert publikationstype, jf. afsnittet *In- og eksklusionskriterier*. Således blev 503 artikler videreført til anden screening, *abstractscreening*. Ved denne screening blev 255 artikler ekskluderet, grundet forkert fokus (n = 199), forkert dødsårsag (n = 34), forkert type pårørende (n = 14) eller forkert sprog, design eller publikationstype (n = 8). Hermed blev 248 artikler overført til tredje og sidste screening, *fuldtekstscreening*. I fuldtekstscreening blev 228 artikler frasorteret pga. forkert fokus (n = 29), forkert dødsårsag (n = 58), forkert pårørendegruppe (n = 12), forkert land (n = 27) eller forkert sprog, design eller publikation (n = 89). Derudover kunne 13 artikler ikke tilgås, hvorfor disse blev frasorteret.

Således blev i alt 19 artikler inddraget i det systematiske review. Den beskrevne selektionsproces illustreres i artiklen *Figur 1: Flowchart*, som er udarbejdet med afsæt i PRISMA Flow Diagram af Page et al. (2021a). Alle screeninger blev foretaget med blinding og individuelt af hver forfatter for at sikre, at bias blev minimeret. Eventuelle uoverensstemmelser blev løst gennem diskussion eller med vejleder.

3.4.4. Dataudtrækningsproces og -items

Ved dataudtrækning blev relevante data vurderet og bearbejdet i fællesskab af begge forfattere. Dataene blev herefter samlet i relevante tabeller iht. de inkluderede studiers karakteristik og symptomer på psykisk lidelse. Dette var gældende for de studier, der rapporterede på hhv. gennemsnit (M) samt standardafvigelse (SD) og/eller prævalens (opgivet i procent), hvor to eller flere studier anvendte samme standardiserede måleinstrument. Andre outcomes, som ikke opfyldte disse kriterier, men vurderedes relevante, blev præsenteret narrativt.

I artiklens Tabel 1: *Karakteristika* præsenteres studiernes individuelle karakteristika ud fra følgende variable: forfatter, årstal, land, dødsårsag, sample, relation, tid og symptomer på psykisk lidelse. Hver artikel blev gennemgået systematisk for relevante fund ift. symptomer på psykisk lidelse, hvorefter vi udarbejdede oversigtstabeller for symptomer på PTSD (Tabel 2) og symptomer på patologisk sorg (Tabel 3) for at tydeliggøre de forskellige studiers måleinstrumenter og resultater. Derudover udarbejdede vi endnu en oversigtstabel (Tabel 4) for de studier, som undersøgte andre symptomer

på psykisk lidelse end PTSD og patologisk sorg. For at minimere bias, blev 10 af de 19 inkluderede studier kombineret parvis idet de tog udgangspunkt i samme sample. Studierne fremgår af Tabel 1: *Karakteristika* som nummer (1), (2), (3), (7) og (12) og vil blive refereret herefter. Sammenlægningen resulterer i, at der præsenteres 19 studier fordelt på 14 samples.

Ved dataudtrækning valgte vi at anvende ordet *partner* ved beskrivelsen af pårørende-relationen iht. de engelske ord 'spouse' og 'partner'. Vi skelner således ikke mellem ægteskabelige forhold, kæresteforhold og andre former for romantiske forhold. Ved effekt- og interventionsstudier trak vi data ud for de pårørende ved baseline.

3.4.5. Effektmål og omregninger

Ved dataudtrækningen trak vi data ud for de kategoriske data for hvert studie. Vi kategoriserede iht. dødsårsag (drab/terrorisme), køn (mand/kvinde) samt den pårørende-relation, der var til ofret. De kontinuerlige numeriske data, vi trak ud, var: gennemsnit (M), standardafvigelse (SD), antal (N) deltagere, alder (angivet i år) og tid siden tabet (angivet i måneder/år). Derudover trak vi data ud for prævalens, for de studier, hvor dette blev opgivet. I de tilfælde, hvor det var nødvendigt, omregnede vi standardfejl (SE) til standardafvigelse (SD) ud fra følgende formel: $SD = SE \cdot \sqrt{N}$ (Higgins & Green, 2011b). Ydermere var det nødvendigt at kombinere flere gruppers M og SD for at finde ét samlet resultat. Dette blev gjort ved brug af online et værktøj (StatsToDo, 2020) på baggrund af Higgins & Greens (2011a) formel for kombineret af to grupper vha. M, SD og N for hver gruppe:

$$\text{Kombineret M (SD)} = \frac{\sqrt{(N_1-1)SD_1^2 + \frac{N_1N_2}{N_1+N_2}(M_1^2 + M_2^2 - 2M_1M_2)}}{N_1 + N_2 - 1}$$

Desuden foretog vi omregninger for 5 studiers resultater mhp. at optimere sammenligneligheden af PTSD-symptomer. Her valgte vi at omregne fra itemscore til en samlet skalascore ved at multiplicere den gennemsnitlige skalascore med antallet af items på den pågældende skala. Ydermere omregnede vi måleinstrumentet IES-Rs score til IES-score for at kunne sammenligne på tværs af flest mulige studier. Dette gjorde vi ved at addere resultaterne for subskalaerne Avoidance og Intrusion på IES-R skalaen til en samlet IES-score (Weiss & Marmar, 1997).

3.5. Epidemiologi og statistiske begreber

I dette afsnit beskriver vi relevante begreber iht. epidemiologi og statistik, herunder forskellige studiedesigns. Endvidere redegør vi for samplestørrelse samt klinisk og statistisk signifikans, herunder sensitivitet og specificitet.

3.5.1. Studiedesign

Der findes to overordnede kategoriseringer af studiedesigns: *observationelle studier* og *eksperimentielle studier*. Førstnævnte refererer til studier, hvor en eksponering forekommer ”naturligt”, forstået på den måde, at det ikke er undersøgeren selv der bestemmer, hvilket samplet der eksponeres. Denne studietype kan anvendes af f.eks. etiske årsager, når potentielt skadelige påvirkninger skal undersøges (Juul, 2013, p. 84). Observationelle studiedesigns dækker over tværsnitsstudier, case-kontrol studier og kohortestudier (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 29f). Eksperimentelle studier henviser derimod til undersøgelser, hvor forskeren bestemmer, hvilke individer der skal eksponeres. Ved disse studier kan årsagssammenhænge bevises. Her anvendes kliniske forsøg, hvor forskeren inddeler deltagerne i grupper, hvorefter udfaldet for hver gruppe undersøges under kontrollerede forhold (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 30). I henhold til de enkelte studiers styrke til at undersøge årsagssammenhænge, er kliniske forsøg stærkest, og tværsnitsstudier er svagest (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 30).

Indenfor nærværende forskningsområde anvendes overvejende observationelle studiedesigns i de inkluderede studier i vores review, hvorfor vi vil redegøre for disse studiedesigns i det følgende.

3.5.1.1. Kohortestudier

Kohortestudier, også kendetegnet som follow-up studier eller longitudinelle studier, kan anvendes til at undersøge udviklingen i en eller flere populationer gennem en periode (Juul, 2013, p. 86; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 93). Estimering af prognoser ift. f.eks. overlevelseshastighed, funktionsevne eller livskvalitet kan undersøges vha. et beskrivende follow-up studiedesign. Ved et analytisk studie kan udviklingen af

helbred sammenlignes på tværs af grupper, som har været udsat for samme eksponering fra studiets begyndelse (Juul, 2013, p. 86). Såfremt eksponeringen har helbredsmæssige konsekvenser, vil dette vise sig forskelligt mellem de undersøgte grupper og kan beskrives i form af f.eks. sygdomsincidens eller dødelighed (Juul, 2013, p. 86). Kortvarige undersøgelser med fast opfølgningstid kan være fordelagtige, da det øger sandsynligheden for at kunne følge den samme population ved hvert målepunkt og mindske frafald (Juul, 2013, p. 87). Ved længerevarende studier med varierende opfølgningstid er det imidlertid urealistisk at undgå frafald undervejs, og de kan være omkostningstunge samt kræve mange deltagere for at udlede et nøjagtigt estimat (Juul, 2013, p. 86; p. 88).

3.5.1.2. Case-kontrol studier

Ved case-control studier, også omtalt retrospektive studier, sammenlignes eksponeringsforholdene hos en gruppe lidende, *cases*, med en kontrolgruppe, som repræsenterer den kildepopulation, hvor også de lidende stammer fra (Juul, 2013, p. 91; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 9). Denne type studiedesign er særligt anvendelig til undersøgelse af sjældne lidelser med lav incidens eller ved undersøgelse af lidelser, som er længe om at blive manifesteret (Juul, 2013, p. 91; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 100). Ved denne type studiedesign søger forskeren at etablere en sammenhæng mellem en tilstedeværende risikofaktor og dennes udvikling til en lidelse (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 100). Forskellen mellem case-kontrol studier og kohortestudier består hovedsageligt i grupperingen. Ved case-kontrol studier inddeles samplet efter lidende og ikke-lidende, hvorimod et kohortestudie grupperes efter den faktor, som ønskes undersøgt (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 9). Kohortestudier har en stærkere evidens ift. kausalitet, men kan være mere beko-stelige end case-kontrol studier (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 9).

3.5.1.3. Tværsnitsstudier

Tværsnitsundersøgelser kan anvendes til at beskrive helbredsforhold for en given population i form af f.eks. prævalens. Prævalens udtrykker andelen af lidende på et givent tidspunkt, og angiver den andel af en population, som har den pågældende lidelse (Juul, 2013, p. 25; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 88). Hvor f.eks. case-

kontrol og kohortestudier kan belyse årsagssammenhænge på kortere eller længere sigt mellem f.eks. traumeeksponering og reaktionen herpå, kan tværsnitsundersøgelser med fordel anvendes, når der ønskes en samtidig indsamling af informationer ift. eksponering og udfald (Juul, 2013, p. 98; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 93). Dette studiedesign muliggør at undersøge f.eks. umiddelbare symptomer på psykisk lidelse efter et traumatisk dødsfald, men er uegnet til at undersøge langvarige effekter af dødsfaldet (Juul, 2013, p. 98). Det er forsvarligt at anvende tværsnitsdesign, hvis den ønskede hypotese, der skal testes, har en kort tidshorisont. Markører, der er stabile gennem livet, som f.eks. genetik, kan undersøges ved indsamling af prævalensdata (Juul, 2013, p. 98). En tværsnitsundersøgelse kan dog ikke i sig selv afgøre årsagsretningen (Juul, 2013, p. 99).

3.5.2. Samplets størrelse

Et sample bør ifølge Juul (2013, p. 126) være repræsentativt for den population, som samplet er udtrukket fra ift. det, der ønskes undersøgt. Et sample bør desuden være stort nok til med høj sandsynlighed at kunne opdage en klinisk relevant forskel mellem to undersøgte grupper (Faber & Fonseca, 2014, p. 27; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 153). Størrelsen på et sample beregnes med afsæt i den ønskede *effektstørrelse*, *statistiske power* og *signifikansniveau* (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 156). *Effektstørrelse* henviser til størrelsen af den forskel, der ønskes fundet. *Statistisk power* henviser til sandsynligheden for at finde den sande effekt, samt at kunne opnå et signifikant resultat ved hypotesetestning, såfremt det ikke er udtryk for en tilfældig variation. Ved at øge samplestørrelsen minimeres risikoen for at begå *type-I* og *type-II fejl*. *Type-I fejl* henviser til sandsynligheden for at finde en effekt, når denne i virkeligheden ikke er til stede. *Type-II fejl* henviser til sandsynligheden for ikke at finde en effekt, når der faktisk er en (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 156). Et sample bør desuden hverken være større eller mindre end nødvendigt af etiske og økonomiske årsager, da for små samples f.eks. kan underminere den interne og eksterne validitet af et studie. For store samples kan derimod forstærke små statistiske forskelle, selvom disse ikke er klinisk relevante. Derudover kan der være ubehag forbundet med deltagelse i forskning, hvorfor det kan være uetisk at udsætte flere testpersoner for dette end nødvendigt (Faber & Fonseca, 2014, p. 29).

3.5.3. Signifikans: statistisk og klinisk

Klinisk signifikans er vigtig at overveje ved implementering af nye metoder/interventioner i sundhedsvæsenet, da statistisk signifikans i høj grad er afhængig af et samples størrelse (Ranganathan, Pramesh & Buyse, 2015, p. 169). *Statistisk signifikans* henviser til sandsynligheden for, at en undersøgelses resultater skyldes tilfældigheder udtrykt ved P-værdi, hvorimod *klinisk signifikans* refererer til resultatets betydning i praksis. Ved studier med (for) store samples kan selv små behandlingseffekter være statistiske signifikante, men ikke have klinisk relevans (Faber & Fonseca, 2014, p. 29; Ranganathan et al., 2015, p. 169). Klinisk signifikans er således vigtig at overveje ifm. fortolkning af forskningsresultater samt ved implementering af nye interventioner og behandlingsmetoder (Ranganathan et al., 2015, p. 170). Klinisk signifikans bør afspejle omfanget af den reelle forandring for individet, varigheden af denne virkning samt en afvejning af omkostninger og implementering (Ranganathan et al., 2015, p. 169).

3.5.3.1. Sensitivitet og specificitet

Termerne sensitivitet og specificitet henviser til en tests evne til at skelne mellem syge og ikke-syge. *Sensitiviteten*, henviser til en tests evne til at klassificere alle syge korrekt, hvorimod *specificiteten* henviser til en tests evne til at klassificere de ikke-syge korrekt (Juul, 2013, p. 195; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 133). I forlængelse heraf er det relevant at undersøge, hvordan sensitivitet og specificitet påvirkes ved forskellige cut-off scores, da der ses en variation i cut-off scores på tværs af den litteratur, som vi finder i specialets systematiske review. Cut-off scores henviser f.eks. ved diagnostiske måleinstrumenter til distinktionen mellem normal og unormal eller lidende og ikke-lidende (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 140). Ved valg af en lavere cut-off score, vil sensitiviteten for det pågældende måleinstrument stige, specificiteten vil falde, og risikoen for falske positive vil øges. Vælges derimod en højere cut-off score, vil sensitiviteten være lavere, specificiteten højere, og risikoen for falske negative vil øges (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 140f). Bestemmelsen af cut-off er således en afvejning mellem sensitivitet og andelen af falske positive. I henhold til klinisk praksis, kan det være relevant at overveje denne afvejning. Ved en lav cut-off vil en større andel af de lidende blive registreret, hvormed også en større andel af falske positive resultater vil registreres. Ved en højere cut-off score vil færre

falske positive opstå, men en lavere andel af de lidende, vil blive identificeret (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015, p. 142).

4. Afrunding

Formålet med denne rammesættende del var at beskrive den forskningsmæssige baggrund for artiklen. Hensigten var desuden at belyse særlige aspekter af og perspektiver på den udforskede problemstilling. Da den rammesættende del skal anses som et fundament for og uddybende tillæg til, artiklen, vil der forekomme gentagelser i de to dele. Den rammesættende del har bidraget til en grundlæggende forståelse for, hvorfor det undersøgte forskningsfelt har relevans for praksis samt en dybere forståelse for de teorier og metoder, som er centrale for forskningsområdet.

Del 2: Symptomer på psykisk lidelse hos pårørende til ofre for pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger: et systematisk review

Abstract

Background: The majority of people will experience the loss of a loved one during their lives, making grief an existential condition of life. Loss under sudden and violent circumstances can be particularly traumatizing and can lead to an increased risk of developing symptoms of mental disorders among bereaved people.

Aim: The aim of this systematic review was to investigate which symptoms of mental disorders, measured with a standardized instrument, are seen in bereaved family members of victims of a sudden and violent death as a result of a violent act in Western countries.

Method: Relevant publications published after 1993 were identified on PubMed and PsycNet on 17 February 2023 in accordance with PRISMA 2020 guidelines and PICO study design. Relevant articles were transferred to Rayyan, where duplicates were removed. Articles were then screened for title, abstract and in-text.

Results: The review identified 19 publications (n = 1471 participants). The results indicate that bereaved family members experienced symptoms of pathological grief and PTSD to a high degree. Furthermore, it was found that mental disorders, such as depression and anxiety, may characterize the bereaved family members, who are also at increased risk of developing comorbidities.

Conclusion: We conclude that bereaved family members of victims of sudden and violent death due to acts of violence experience symptoms of PTSD and pathological grief to a high degree. Compared to other bereaved groups, the findings indicate that this population should receive special support. Limitations and recommendations for future research are discussed.

Keywords: *sudden and violent death, posttraumatic stress disorder, depression, pathological grief, anxiety, bereaved family members, Western countries, homicide, terrorism*

1. Introduktion

Andelen af terrorhændelser er mere end fordoblet siden 1980'erne (Weisæth, 2021), og det vurderes, at risikoen for terrorhændelser i Danmark er alvorlig (Center for Terroranalyse, 2023). Derudover rapporteres det ifølge Danmarks Statistik (2023a), at 34 dødsfald i Danmark i 2021 blev registreret som værende forårsaget af voldshandlinger. Til ofre for denne type af drab, efterlades der pårørende, og specifikt for drabs- og voldsofre estimeres det, at der efterlades mellem 6 og 10 nære pårørende efter drabet (Tasker & Wright, 2020; Zinzow et al., 2009). Tabet af en nærtstående kan medføre stor sorg, og graden af slægtskab, tilknytning og relation til den mistede er afgørende for den sorg, som den pårørende oplever (Archer, 1999/2001/2008; Guldin, 2010; Robson & Walther, 2012). Sorg er et naturligt fænomen og eksistentielt livsvilkår for mennesket (Archer, 1999/2001; Granek, 2010; Guldin, 2010; Kofod, 2017; Larsen et al., 2018; Shuchter & Zisook, 1993; Stroebe & Schut, 1999/2010/2015), og tab under naturlige forhold vil sandsynligvis medføre et ikke-patologisk sorgforløb, hvor den sørgende med tiden vil acceptere og tilpasse sig tabet (Doka & Martin, 2010; Larsen et al., 2018; Prigerson et al., 2008). At miste under pludselige og voldsomme omstændigheder kan være særligt traumatiserende og kan medføre øget risiko for udvikling af symptomer på psykopatologi hos de pårørende (Boerner et al., 2012; Kristensen et al., 2012; Moreira et al., 2023; Psykiatrien Region Nordjylland, 2022a; Sundhedsstyrelsen, 2014; SAMHSA, 2014; Zinzow et al., 2009). Flere studier indikerer, at tab af et familiemedlem eller en nær ven ifm. ekstraordinære hændelser kan øge de pårørendes risiko for at udvikle symptomer på psykisk lidelse. De hyppigst forekommende lidelser i litteraturen er PTSD, patologisk sorg, depression og angst (Goldman & Galea, 2014; Kristensen et al., 2012; Larsen et al., 2018; Stroebe et al., 2007; Neria et al., 2008; Weisæth, 2021).

Formålet med nærværende review er systematisk at kortlægge og sammenholde litteraturen på området. Med afsæt i PICO (O'Connor et al., 2008) er følgende forskningsspørgsmål formuleret:

Hvilke symptomer på psykisk lidelse ses hos pårørende til ofre for en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger?

2. Metode

Dette systematiske review blev udarbejdet med afsæt i anbefalingerne fra Preferred Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA; Page et al., 2020a). Brugen af PRISMA har bidraget til øget kvalitet, da systematik og transparens sikres. Endvidere har PRISMA bidraget til struktur og ensartethed til ift. sammenligning med andre systematiske reviews på tværs af forskningsfeltet (Page et al., 2021a).

2.1. Protokol

Som fundament for udarbejdelsen af et systematisk review bør der ifølge PRISMA's guidelines udarbejdes en forskningsprotokol (PRISMA-P), hvori rationale, hypotesen samt den planlagte metode beskrives dybdegående (Page et al., 2021b; Shamseer et al., 2015). Der er ikke systematisk udarbejdet en sådan forskningsprotokol for nærværende review. Dog drager specialets rammesættende del indholdsmæssigt paralleller til PRISMA-P.

2.2. In- og eksklusionskriterier

Studierne blev vurderet og selekteret med afsæt i vores in- og eksklusionskriterier, som vi har udarbejdet med udgangspunkt i afgrænsningen defineret i specialets rammesættende del. Studierne blev inkluderet såfremt de a) var udgivet på dansk, engelsk eller norsk, b) var udgivet i et peer-reviewed tidsskrift samt c) indeholdt kvantitativt data fra primære studier. Endvidere skulle studierne omhandle d) vestlige lande, e) familiære pårørende, der er nært relaterede til ofret, f) ofrets dødsårsag skulle være pludselig og voldsom som følge af en voldshandling, g) symptomer på psykisk lidelse iht. ICD eller DSM. Efter screeningsprocessen blev endnu et inklusionskriterie tilføjet; h) studiets måleinstrument(er) skulle være standardiseret.

Studierne blev ekskluderet såfremt offeret var død som følge af a) naturlig død, b) selvmord, c) arbejdsulykker, d) krig og længerevarende konflikter, herunder folkedrab, e) naturkatastrofer, f) ikke-intentionelle menneskelige hændelser og/eller g) pandemier. Derudover blev et studie ekskluderet såfremt det h) var udgivet før år 1994 eller anvendte ældre versioner af diagnosemanualerne end DSM-IV og ICD-10 eller i) populationen var dyr. Der blev ikke ekskluderet på baggrund af køn eller alder.

2.3. Søgestrategi og informationskilder

En pilotsøgning blev foretaget den 31. januar 2023. Pilotsøgningen bidrog til at indskærpe og præcisere termer samt in- og eksklusionskriterierne til den endelige søgning. Den endelige søgning blev foretaget den 17. februar 2023 på onlinedatabaserne PubMed og PsycNet. Nedenstående viser den endelige søgestreng fra PubMed. Søgestrengen fra PsycNet findes i Bilag 2: *Søgestreng*.

```
((("Homicide"[Mesh]) OR "Death, Sudden"[Mesh]) OR "Terrorism"[Mesh]) OR  
(Murder*[Title/Abstract] OR Homicid*[Title/Abstract] OR Manslaughter*[Title/Abstract] OR Kill*[Title/Abstract] OR "Deadly violence"[Title/Abstract] OR "Sudden death"[Title/Abstract] OR "Violent death"[Title/Abstract] OR Bomb*[Title/Abstract] OR "Traumatic death*[Title/Abstract] OR terrorism[Title/Abstract] OR Shoot*[Title/Abstract] OR "unnatural death*[Title/Abstract] OR "mass killing*[Title/Abstract])) AND (((("Fathers"[Mesh]) OR "Friends"[Mesh]) OR "Grandparents"[Mesh]) OR (((("Family"[Mesh]) OR "Parents"[Mesh]) OR "Siblings"[Mesh])) OR ("Next of kin"[Title/Abstract] OR Famil*[Title/Abstract] OR Parent*[Title/Abstract] OR Sibling*[Title/Abstract] OR Relatives[Title/Abstract] OR Mother*[Title/Abstract] OR Father*[Title/Abstract] OR Brother*[Title/Abstract] OR sister*[Title/Abstract] OR friend*[Title/Abstract] OR grandparent*[Title/Abstract] OR girlfriend*[Title/Abstract] OR boyfriend*[Title/Abstract] OR wife[Title/Abstract] OR wives[Title/Abstract] OR husband*[Title/Abstract] OR spouse*[Title/Abstract] OR partner*[Title/Abstract]))) AND (((((((("Bereavement"[Mesh]) OR "Grief"[Mesh]) OR "Adaptation, Psychological"[Mesh]) OR "Resilience, Psychological"[Mesh]) OR "Risk Factors"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR (Bereave*[Title/Abstract] OR griev*[Title/Abstract] OR coping[Title/Abstract] OR loss*[Title/Abstract] OR grief[Title/Abstract] OR resilien*[Title/Abstract] OR mourn*[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "risk factor*[Title/Abstract]))
```

2.4. Selektionsproces

Ved den endelige søgning blev i alt 5813 artikler identificeret. Disse blev eksporteret til Rayyan til screening og selektion. I Rayyan blev 672 dubletter identificeret og fraseret, hvormed 5141 blev selekteret til screening for hhv. titel, abstract og fuldt tekst.

I alt 19 artikler blev inddraget i det systematiske review. Den beskrevne selektionsproces illustreres i Figur 1: *Flowchart*. Alle screeninger blev foretaget med blinding og individuelt af hver forfatter. Eventuelle uoverensstemmelser blev løst gennem diskussion eller med vejleder.

2.5. Dataudtrækningsproces og -items

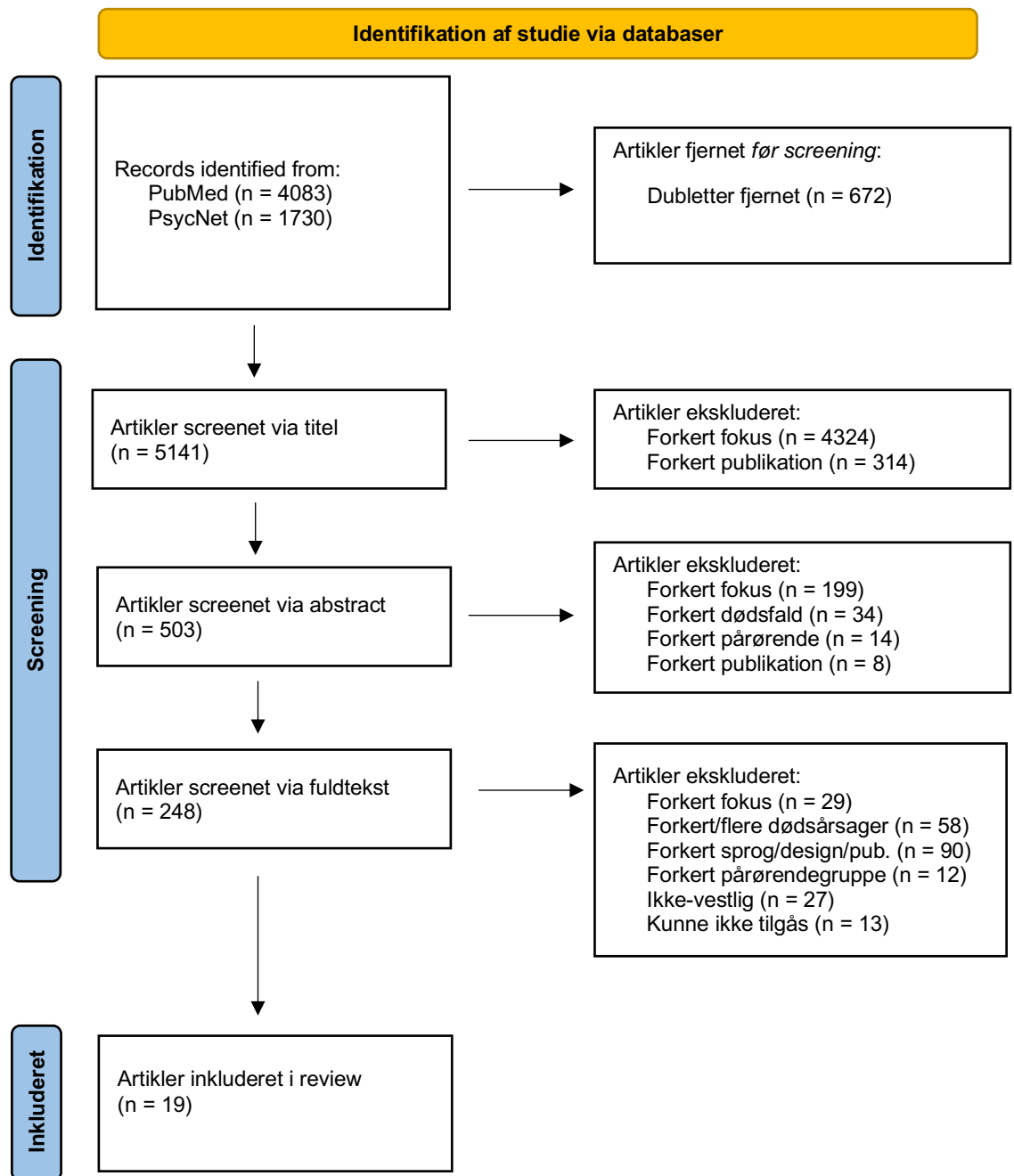
Ved dataudtrækning blev relevante data vurderet og bearbejdet i fællesskab af begge reviewets forfattere. Dataene blev samlet i relevante tabeller iht. karakteristika og symptomer på psykisk lidelse (Tabel 1, 2, 3 og 4). Dataene blev trukket ud iht. gennemsnit (M), standardafvigelse (SD) og/eller prævalens (angivet i procent). Ved dataudtrækning valgte vi desuden at anvende ordet *partner* ved beskrivelsen af pårørende-relationen iht. de engelske ord 'spouse' og 'partner'. Vi skelner således ikke mellem ægteskabelige forhold, kæresteforhold og andre typer af romantiske forhold. Ved effekt- og interventionsstudier trak vi data ud for de pårørende ved baseline.

2.6. Effektmål og omregninger

Ved dataudtrækning præsenteres kategoriske data for hvert studie iht. dødsårsag (drab/terrorisme), køn (mand/kvinde) samt pårørenderelation. De kontinuerlige numeriske data præsenteres iht. M, SD, antal (N), alder (angivet i år), tid siden tabet (angivet i måneder/år) samt prævalens, såfremt denne opgives. Der gøres opmærksom på, at der for 5 studier er foretaget omregninger af IES-R-score til IES-score for at kunne sammenligne på tværs af flest mulige studier (Weiss & Marmar, 1997).

3. Resultater

Figur 1: *Flowchart* er udarbejdet med afsæt i PRISMA Flow Diagram af Page et al. (2021a). I alt blev 5813 artikler identificeret, hvoraf 672 dubletter blev frasorteret før screening. I alt blev 5141 artikler screenet for hhv. titel, abstract og fuldtekst. Dette resulterede i, at 19 studier blev inkluderet. De inkluderede studiers individuelle karakteristika præsenteres i Tabel 1: *Karakteristika*.



Figur 1: Flowchart

Tabel 1: Karakteristika

#	Forfatter(e) (årstal)	Døds- årsag	Sample (pårørende)	Relation	Tid	Symptomer på psykisk lidelse		
	Land		Antal n Køn (%) Alder M (SD)	Relation (%)	År/ måneder M (SD)	PTSD	Patologisk sorg	Andet
1	Burke, Neimeyer & McDevitt-Murphy (2010); McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, Williams & Lawson (2012) <i>USA</i>	Drab	n = 54 Kvinder (88.90 %) Mænd (11.10 %) 48.61 (12.26)	Forældre (61.10 %) Tæt relation inkl. søskende (13 %) Voksne børn (13 %) Partner (9.30 %) Andre (3.70 %)	1.75 år (1.23)	✓	✓	✓
2	Cozza et al. (2019); Cozza et al. (2020) <i>USA</i>	Terror	n = 454 Kvinder (83 %) Mænd (17 %) 56.81 (11.89)	Barn (6.91 %) Forældre (19.80 %) Søskende (27.60 %) Partner (39.40 %) Anden familie (6.20 %)	14 år (-)	✓	✓	✓
3	Dyregrov, Dyregrov & Kristensen (2015); Kristensen, Dyregrov, Dyregrov & Heir (2016) <i>Norge</i>	Terror	n = 103 Kvinder (63.11 %) Mænd (36.89 %) 41.35 (15.56)	Forældre (65.05 %) Søskende (34.95 %)	1.50 år (-)	✓	✓	-
4	Freeman, Shaffer & Smith (1996) <i>USA</i>	Drab	n = 15 Piger (47 %) Drenge (53 %) 14.50 (2.90)	Søskende (100 %)	5.44 mdr. (2.83)	(✓)	(✓)	(✓)
5	Kristensen, Dyregrov & Gjestad (2020) <i>Norge</i>	Terror	n = 129 Kvinder (59.70 %) Mænd (40.30 %) 41.83 (15.58)	Forældre (66.70 %) Søskende (33.30 %)	1.50 år (-)	✓	✓	-
6	Mezey, Evans & Hobdell (2002) <i>England og Wales</i>	Drab	n = 35 Kvinder (89 %) Mænd (11 %) 45 (-)	Partner (17 %) Forældre (57 %) Søskende (11 %) Barn (14 %)	9.70 mdr. (8.80)	✓	-	✓
7	Murphy et al. (1999); Murphy, Clark Johnson & Lohan (2003) <i>USA</i>	Drab	n = 25 Kvinder (80 %) Mænd (20 %) 45 (6.01)	Forældre (100 %)	4 mdr. (-)	✓	-	-

Tabel 1: Karakteristika fortsat

#	Forfatter(e) (årstal)	Døds- årsag	Sample (pårørende)	Relation	Tid	Symptomer på psykisk lidelse		
	Land		Antal n Køn (%) Alder M (SD)	Relation (%)	År /måneder M (SD)	PTSD	Patologisk sorg	Andet
8	Pfeffer, Altemus, Heo & Jiang (2009) <i>USA</i>	Terror	n = 23 Kvinder (91.30 %) Mænd (8.70 %) 41.79 (6.52)	Partner (100 %)	4 mdr. - 3 år * (-)	✓	-	✓
9	Rynearson (1995) <i>USA</i>	Drab	n = 52	Familie (100 %)	< 1 år (-)	✓	✓	-
10	Sharpe, Osteen, Frey & Michalopoulos (2014) <i>USA</i>	Drab	n = 44 Kvinder (59 %) Mænd (41 %) 29.27 (10.72)	Nær familie (27.20 %) Udvidet familie (68.20 %) Andre (4.60 %)	5.02 år (00.42)	✓	✓	-
11	Tasker & Wright (2020) <i>Canada</i>	Drab	n = 67 Kvinder (76 %) Mænd (24 %) 34.90 (13.60)	Søskende (100 %)	14.58 år (13.24)	✓	-	-
12	Thompson & Var- daman (1997); Thompson, Norris & Ruback (1998) <i>USA</i>	Drab	n = 150 Kvinder (86 %) Mænd (14 %) 49.60 (11.40)	Forældre (55 %) Søskende (18 %) Partner (10 %) Andre familiemedlemmer (17 %)	2.90 år (-)	✓	-	✓
13	Tuck, Baliko, Schu- bert & Anderson (2012) <i>USA</i>	Drab	n = 8 Kvinder (87.50 %) Mænd (12.50 %) 52.20 (8.80)	Forældre (75 %) Søskende (12.50 %) Fætter/kusine (12.50 %)	10 år (-)	✓	✓	✓
14	van Denderen, de Keijser, Huisman & Boelen (2016) <i>Holland</i>	Drab	n = 312 Kvinder (64.70 %) Mænd (35.30 %) 53.40 (15.50)	Partner (6.90 %) Forældre (49.50 %) Barn (12.50 %) Søskende (15.80 %) Anden familie (9.20 %) Andre (5.90 %)	6.90 år (6.50)	✓	✓	-

Relation (angiver den procentvis andel af samplets pårørenderelation); **Tid** (angiver antal måneder eller år siden dødsfaldet)

3.1. Studiekarakteristika

Dette systematiske review identificerede i alt 19 artikler (Tabel 1: *Karakteristika*), hvoraf 13 undersøgte drab, og 6 undersøgte terrorhændelser. Af de inkluderede studier blev 3 publiceret i 2020, to i 2016, to i 2012, og de resterende studier blev publiceret i hhv. 2019, 2015, 2014, 2010, 2009, 2003, 2002, 1999, 1998, 1997, 1996 og 1995. Studierne blev udarbejdet i hhv. USA (n = 13), Norge (n = 3) Canada (n = 1), Holland (n = 1) samt England og Wales (n = 1). Alle studier blev udgivet på engelsk. Deltageres gennemsnitsalder varierede fra 14.50 år (SD = 2.90) til 56.81 år (SD = 11.89). Der gøres opmærksom på, at der ved henvisning til de inkluderede studier, fremover refereres til det nummer, som studiet er tildelt, jf. Tabel 1: *Karakteristika*.

3.2. De individuelle studiers resultater

Ved afrapportering af resultater beskrives M og SD for de studier, hvor to eller flere studier anvender samme måleinstrument af hensyn til sammenlignelighed. Alle inkluderede studiers resultater er opgivet i M (SD) og prævalens (%) og kan ses i hhv. Tabel 2: *Symptomer på PTSD* og Tabel 3: *Symptomer på patologisk sorg*. Slutteligt præsenteres andre relevante fund for symptomer på psykisk lidelse narrativt.

3.2.1. Symptomer på PTSD

Som det fremgår af Tabel 2: *Symptomer på PTSD*, undersøger 13 ud af 14 inkluderede studier (1; 2; 3; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14) symptomer på PTSD vha. måleinstrumenterne CMS-R, IES(-R), PCL-5, PCL-C, PSS-SR, SCID og TES. Ud af de 13 studier undersøger 9 studier (1; 6; 7; 9; 10; 11; 12; 13; 14) drab, og 4 studier (2; 3; 5; 8) undersøger terrorhændelser. Tiden siden tabet varierer fra 4 måneder til 14 år.

Tabel 2: Symptomer på PTSD

#	Forfatter(e) (årstal)	Døds- årsag	Tid	Måle- instrument		Resultat
				Cut-off score		Prævalens
			Mdr./år (SD)		M (SD)	
1	Burke et al. (2010); McDevitt- Murphy et al. (2012)	Drab	1.75 år (1.23)	PCL-C ≥ 50	36.59 (15.33)	18.50 %
2	Cozza et al. (2019); Cozza et al. (2020)	Terror	14 år (-)	PCL-5 ≥ 38	14.20 (15.10)	8.90 %
3	Dyregrov et al. (2015); Kristensen et al. (2016)	Terror	1.50 år (-)	IES-R ≥ 34	Total: 41.50 (17.20) Intrusion: 16.23 (7.10) Avoidance: 13.50 (6.72) Hyperarousal: 11.70 (6.00)	67.50 %
				IES Total	29.73**	
5	Kristensen et al. (2020)	Terror	1.50 år (-)	IES-R -	Intrusion: 16.38 (6.41) Avoidance: 14.36 (6.34)	-
				IES Total	30.74**	
6	Mezey et al. (2002)	Drab	9.70 mdr. (8.80)	IES -	Total: 45.60 (15.80) Intrusion: 24.70 (9.40) Avoidance: 20.70 (8.60)	-
7	Murphy et al. (1999); Murphy et al. (2003)	Drab	4 mdr. (-)	TES -	-	Total: 50 % Reexperiencing: 75 % Avoidance: 55 % Hyperarousal: 82.50 %
8	Pfeffer et al. (2009)	Terror	4 mdr. - 3 år * (-)	SCID -	-	68.18 %
9	Rynearson (1995)	Drab	ca. < 1 år (-)	IES-R -	Intrusion: 23.98 (9.92) Avoidance: 18.66 (10.44)	-
				IES Total	42.64**	
10	Sharpe et al. (2014)	Drab	5.02 år (00.42)	IES > 26	41.86 (2.59)	-
11	Tasker & Wright (2020)	Drab	14.58 år (13.24)	IES-R ≥ 34	Total: 29.48* Intrusion: 11.76* Avoidance: 10.40* Hyperarousal: 7.32*	38.40 %
				IES Total	22.16**	
12	Thompson & Varda- man (1997); Thompson et al. (1998)	Drab	2.90 år (-)	CMS-R -	2.31 (0.60)	-
				PCL-C -	30.63 (10.82)	-
13	Tuck et al. (2012)	Drab	10 år (-)	IES-R -	Total: 18.06* Intrusion: 9.28* Avoidance: 4.40* Hyperarousal: 4.38*	-
				IES Total	13.68**	
14	van Dende- ren et al. (2016)	Drab	6.90 år (6.50)	PSS-SR -	19.68 (12.13)	33.70 %

CMS(-R) (Civilian Mississippi Scale (- Revised)); **IES(-R)** (Impact of Event Scale (- Revised)); **PCL-5** (PTSD Checklist for DSM-5); **PCL-C** (PTSD Checklist - Civilian Version); **PSS-SR** (PTSD Symptom Scale-Self-Report); **SCID** (Structured Clinical Interview for DSM-IV); **TES** (Traumatic Experiences Scale)

* Omregnet fra itemscore til skalascore

** Omregnet fra IES-R totalscore til IES totalscore.

På tværs af de 13 studier, der rapporterer på PTSD-symptomer, angiver 7 studier (1; 2; 3; 7; 8; 11; 14) prævalens. Denne andel varierer fra 8.90 % – 68.18 %. For studier, hvor de pårørende har mistet indenfor 3 år, er prævalensen af PTSD højest efter terrorhændelser (68.18 %) (8) sammenlignet med drab (50 %) (7). For studier foretaget 3 år eller derover efter hændelsen er prævalensen af PTSD højest ved drab (38.40 %) (11) og lavest ved terrorisme (8.90 %) (2).

Af de 13 studier anvender 5 studier (3; 5; 9; 11; 13) IES-R. IES-R totalscoren har en skala, der spænder fra 0 – 88 samt en cut-off score på ≥ 34 (3; 11). Blandt de inkluderede 5 studier varierede gennemsnittet for totalscoren fra 18.06 (-) – 41.50 (17.20). Subskalasurene for *intrusion*, *avoidance* og *hyperarousal* er moderate til høje på tværs af studierne.

Ud af de 13 studier anvender 2 studier (6; 10) måleinstrumentet IES. Disse studiers resultater kan sammenlignes med de førnævnte 5 studier (3; 5; 9; 11; 13). Dette ved omregning af de 5 studiers IES-R-scores til IES totalscores. Ved omregning varierer de sammenlagt 7 studiers (3; 5; 6; 9; 10; 11; 13) gennemsnit fra 13.68 (-) – 45.60 (15.80). For IES anvendes en cut-off score på > 26 , hvilket indikerer moderat til svær påvirkning af PTSD-symptomer (10).

Ud af de 13 studier anvender 2 studier (1; 13) måleinstrumentet PCL-C, hvor en højere score indikerer flere symptomer på PTSD i intervallet 17 – 85. I de 2 studier spænder gennemsnittet fra 30.63 (10.82) – 36.59 (15.33), hvilket indikerer moderat til moderat høje symptomer på PTSD.

3.2.1.1. Andre fund relateret til PTSD

Ud af de 14 inkluderede studier, undersøger 5 studier (1; 3; 7; 10; 14) køn. Heraf finder 4 studier (3; 7; 10; 14), at sværhedsgraden af PTSD varierer som funktion af den pårørendes køn, hvor kvinder rapporterer en højere sværhedsgrad af symptomer eller repræsenterede en højere prævalens end mænd. Studie (1) finder ingen signifikant sammenhæng mellem symptomer på PTSD og køn. Samme studie finder, at sværhedsgraden af PTSD varierer som funktion af den pårørendes alder, hvor en lavere alder indikerer flere symptomer på PTSD. I forhold til tiden siden tabet, finder 2 studier (1; 15),

at sværhedsgraden af PTSD-symptomer er relateret til tiden siden tabet, hvor antallet af PTSD-symptomer mindskes med tiden. Studie (6) fandt ingen signifikant sammenhæng mellem sværhedsgraden af symptomer på PTSD og tid siden tabet. Flere studier (1; 3; 6; 12; 14) undersøger derudover, hvorvidt pårørenderelationen har indflydelse på andelen af PTSD-symptomer; jo tættere en relation til offeret, des højere sværhedsgrad af symptomer. Studie (12) og (14) finder, at sværhedsgraden af PTSD varierer som funktion af forholdet med offeret, hvor forældre rapporterer højere PTSD-scores end andre pårørendegrupper. Studie (12) indikerer, at mødre, som har mistet hjemmeboende børn, oplever højere grad af PTSD-symptomer end andre pårørende. Studie (3) finder, at prævalensen af PTSD er højere for søskende (≤ 23 år) end deres forældre. Studie (1) finder ingen signifikant sammenhæng mellem symptomer på PTSD og pårørenderelationen.

3.2.1.2. Opsummering: symptomer på PTSD

Overordnet ses en tendens til, at tab som følge af voldshandlinger giver forhøjede IES-scores (29.73 – 45.60) indenfor 5 år, hvormed individet er påvirket i moderat til svær grad. Efter 10 år er IES-scoren faldet (13.68 – 22.16) svarende til milde symptomer på PTSD. I henhold til drab varierer påvirkningen fra moderat til meget høj grad (42.64 – 45.60) i op til 1 år efter tabet. Til sammenligning med terrorisme varierer IES-scoren fra 29.73 til 30.74, hvilket indikerer moderate symptomer på PTSD i op til 1.5 år efter tabet. Yderligere udledes, at variabler såsom tid siden tabet, pårørenderelationen samt køn kan have indflydelse på andelen af PTSD-symptomer oplevet.

3.2.2. Symptomer på patologisk sorg

Som det fremgår af Tabel 3: *Symptomer på patologisk sorg*, undersøger 8 ud af de 14 inkluderede studier (1; 2; 3; 5; 9; 10; 13; 14) patologisk sorg vha. enten måleinstrumentet Inventory of Complicated Grief (ICG) eller Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). Heraf undersøgte 5 studier (1; 9; 10; 13; 14) drab, og 3 studier (2; 3; 5) undersøgte terrorhændelser. Tiden siden tabet varierede fra 1.50 år til 14 år.

Tabel 3: Symptomer på patologisk sorg

#	Forfatter(e) (årstal)	Døds- årsag	Tid	Måle- instrument	Resultat	
			Mdr./år (SD)	Cut-off score	M (SD)	Prævalens
1	Burke et al. (2010); McDevitt-Murphy et al. (2012)	Drab	1.75 år (1.23)	ICG ≥ 30	32.46 (15.34)	44.40 %
2	Cozza et al. (2019); Cozza et al. (2020)	Terror	14 år (-)	ICG ≥ 30	24.80 (13.70)	35.40 %
3	Dyregrov et al. (2015); Kristensen et al. (2016)	Terror	1.50 år (-)	ICG > 25	36.98 (12.89)	78.50 %
5	Kristensen et al. (2020)	Terror	1.50 år (-)	ICG > 25	37.52 (11.59)	100 %
9	Rynearson (1995)	Drab	< 1 år (-)	TRIG -	Total 77.93 (12.65)	-
10	Sharpe et al. (2014)	Drab	5.02 år (00.42)	TRIG -	Present 32.77 (1.62)	-
					Total: 50.99 (18.44)	
13	Tuck et al. (2012)	Drab	10 år (-)	TRIG -	Present: 37.13 (11.81)	-
					Past: 21.88 (18.44)	
14	van Denderen et al. (2016)	Drab	6.90 år (6.50)	ICG > 25	39.10 (13.80)	81.90 %

ICG (Inventory of Complicated Grief); *TRIG* (Texas Revised Inventory of Grief)

På tværs af de 8 studier, angiver 5 studier (1; 2; 3; 5; 14) prævalens. Denne andel varierer fra 35.40 % – 100 %. For studier, hvor de pårørende har mistet indenfor 3 år, er prævalensen højest efter terrorhændelser (100 %) (5) sammenlignet med drab (44.40 %) (1). For studier foretaget efter 3 år er prævalensen højest ved drab (81.90 %) (14) og lavest ved terrorisme (35.40 %) (2).

ICG anvendes som måleinstrument af 5 studier (1; 2; 3; 5; 14), hvor individet kan score i intervallet 0 – 76, hvilket udtrykker graden af patologiske sorgsymptomer. En højere score indikerer højere sværhedsgrad af patologisk sorg. På tværs af de 5 studier varierer M (SD) fra 24.80 (13.70) – 39.10 (13.80). Af de 5 studier anvender 2 studier (1; 2) en cut-off score på ≥ 30, hvor det ses, at 35.40 % – 44.40 % af de pårørende har symptomer på patologisk sorg. De resterende 3 studier (3; 5; 14), anvender en cut-off score på > 25, hvor det ses, at 78.50 % – 100 % af de pårørende oplever symptomer på

patologisk sorg. De varierende cut-off scores har indflydelse på prævalensen, hvilket udfoldes senere i afsnittet *Måleinstrumenter*.

Måleinstrumentet TRIG anvendes af 3 studier (9; 10; 13), der alle omhandler drab, og tiden siden drabet varierer fra mindre end 1 år til 10 år. TRIG scores inddeles i intervallerne 21 – 105 for totalscoren, 13 – 65 for subskalaen Present, og 8 – 40 for subskalaen Past. Scoren indikerer graden af sorg; jo lavere score, des højere niveau af sorg. I de inkluderede studier spænder TRIG totalscoren fra 50.99 (18.44) – 77.93 (12.65). Subskalaen Present anvendes af 2 studier (10; 13) og spænder fra 32.77 (1.62) – 37.13 (11.81). Studie (13) rapporterer på subskalaen Past, hvor scoren er 21.88 (18.44).

3.2.2.1. Andre fund relateret til sorg

Hvorvidt sværhedsgraden af symptomer på patologisk sorg varierer som funktion af den pårørendes køn, undersøges af 4 ud af de 8 studier (1; 3; 10; 14). De 4 studier finder, at kvinder rapporterer en højere sværhedsgrad sammenlignet med mænd. Heraf undersøger 3 ud af de 4 studier (1; 3; 14), hvorvidt pårørenderelationen er afgørende for symptomerne på patologisk sorg. Heraf finder 2 studier (3; 14), at forældre oplever signifikant flere symptomer på patologisk sorg sammenlignet med andre pårørende-grupper. Det resterende studie (1) finder ingen signifikant sammenhæng.

3.2.2.2. Opsummering: symptomer på patologisk sorg

Studierne varierer iht. måleinstrumenter, dødsårsag samt tid siden tabet, hvorfor det er vanskeligt at konkludere på overordnede fund. Dog ses på tværs af de 8 studier, at prævalensen af patologisk sorg (44.40 % – 100 %) er særlig høj blandt pårørende til ofre for voldshandlinger op til 3 år efter tabet. Endvidere ses, at prævalensen af sorgsymptomer (35.40 %) er høj blandt pårørende i op til 14 år efter tabet. Der ses desuden en tendens til, at disse fund er uafhængige af dødsårsag. Det blev ydermere fundet, at den pårørendes relation og køn kan have indflydelse på sorgreaktionen.

3.2.3. Andre symptomer på psykisk lidelse

Det fremgår af Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse*, at 6 ud af de 14 inkluderede studier (1; 2; 4; 8; 12; 13) undersøger andre symptomer på psykisk lidelse. Heraf undersøger 5 studier (1; 2; 8; 12; 13) depression, og 2 studier (1; 2) undersøger symptomer på angst. Det resterende studie (4) undersøger in- og eksternaliserende adfærd samt psykopatologi hos børn og unge.

Tabel 4: Symptomer på anden psykisk lidelse

#	Forfatter(e) (årstal)	Måleinstrument	Psykisk lidelse
1	Burke et al. (2010); McDevitt-Murphy et al. (2012)	BDI-II	Depression
		BAI	Angst
2	Cozza et al. (2019); Cozza et al. (2020)	PHQ	Depression
		GAD-7	Angst
4	Freeman et al. (1996)	CBCL	In- og eksternaliserende adfærd
		CGAS	Psykopatologi
8	Pfeffer et al. (2009)	SCID	Depression
12	Thompson & Vardaman (1997); Thompson et al. (1998)	BSI	Depression
13	Tuck et al. (2012)	CES-D	Depression

BAI (Beck Anxiety Inventory); **BDI-II** (Beck Depression Inventory II); **BSI** (The Brief Symptom Inventory); **CBCL** (Child Behavior Checklist); **CES-D** (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale); **CGAS** (Children's Global Assessment Scale); **GAD-7** (General Anxiety Disorder Assessment); **PHQ** (The Patient Health Questionnaire); **SCID** (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)

3.2.3.1. In- og eksternaliserende adfærd hos børn og unge

Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse* viser, at studie (4) anvender Child Behavior Checklist (CBCL) til at undersøge børns eventuelle følelses- og adfærdsmæssige problemer efter drabet af en søskende sammenlignet med en kontrolgruppe. CBCL er et selvrapporteringsværktøj, som udfyldes af forældre på vegne af barnet. Resultatet indikerer, at søskende til dræbte, ifølge forældrene, oplever et markant højere niveau af følelses- og adfærdsmæssige problemer end kontrolgruppen. De pårørende søskende oplever mere internaliserende adfærd som f.eks. angst, depression og tilbage-trækning end kontrolgruppen og sammenlignet med før tabet. I henhold til eksternaliserende adfærd, som f.eks. aggression og hyperaktivitet, er de pårørende søskende og

kontrolgruppens resultater overordnet ens. Studiet undersøger desuden de psykosociale konsekvenser for søskende til de dræbte og finder, at de pårørende søskende i højere grad er psykosocialt svækkede sammenlignet med kontrolgruppen. 80 % af de pårørende søskende har flere psykiatriske diagnoser efter at have mistet en søskende til drab sammenlignet med kontrolgruppen. Diagnoserne er depression, PTSD og angst.

3.2.3.2. Depression

Som det fremgår af Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse*, undersøger 5 ud af de 14 inkluderede studier (1; 2; 8; 12; 13) depression. Studie (1) undersøger milde symptomer på depression hos pårørende til drabsofre 1.75 år efter tabet. Her ses det, at 53.70 % af de pårørende oplever symptomer på depression i mild grad eller værre. I forlængelse heraf finder studie (12), at pårørende til drabsofre oplever signifikant flere symptomer på depression end en rask kontrolgruppe 2.90 år efter drabet. Til sammenligning hermed finder studie (13), der undersøger pårørende 14 år efter en terrorhændelse, at 45.45 % oplever symptomer på depression. Studie (2) undersøger pårørendes sandsynlighed for udvikling af psykopatologi og komorbiditet 14 år efter et terrorangreb. De pårørende blev inddelt efter deres sandsynlighed for at udvikle PTSD samt to eller flere komorbide lidelser. Gruppen af pårørende med høj sandsynlighed for at udvikle PTSD har 86 % sandsynlighed for at udvikle komorbid depression. Gruppen af pårørende med lav til ingen risiko for at udvikle PTSD vil med 49 % sandsynlighed udvikle depression. Studie (13) finder, at de pårørende til drabsofre har få eller ingen symptomer på depression 10 år efter tabet.

3.2.3.3. Angst

Det fremgår af Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse*, at 2 af de 14 inkluderede studier (1; 2) undersøger symptomer på angst hos pårørende. Studie (1) finder, at 46.50 % af de pårørende til drabsofre oplever symptomer på angst i mild grad eller værre 1.75 år efter drabet. Studie (1) finder desuden, at tiden siden drabet er en signifikant indikator for udviklingen af angst, da pårørende, som har mistet indenfor 2 år, rapporterer flere symptomer på angst. Studie (2) undersøger sandsynligheden for at udvikle

psykopatologi og komorbiditet 14 år efter et terrorangreb. Heri beskrives sandsynligheden for at udvikle angst som værende 54 %, såfremt individet lider af anden psykopatologi, men ikke PTSD. Hos en gruppe af pårørende med høj risiko for udvikling af PTSD, vurderes sandsynligheden at være 90 % for at udvikle angst.

3.2.3.4. Komorbiditet

Tabel 4: *Symptomer på anden psykisk lidelse* viser, at 2 af de 14 inkluderede studier (1; 2) undersøger komorbiditet. Studie (1) finder et overlap mellem diagnoserne PTSD, patologisk sorg og depression, hvor majoriteten af de pårørende med PTSD også har patologisk sorg og depression i mild grad. Studiet finder desuden, at to tredjedele af de pårørende med en patologisk sorgreaktion også har milde depressionssymptomer. En tredjedel af denne gruppe pårørende har også PTSD. Studie (2) undersøger pårørendes sandsynlighed for at udvikle psykopatologi og komorbiditet 14 år efter et terrorangreb. De pårørende blev inddelt efter deres sandsynlighed for at udvikle PTSD samt to eller flere komorbide lidelser. I gruppen af pårørende med høj sandsynlighed for at udvikle PTSD, har alle de pårørende minimum to komorbide lidelser, og 90 % af gruppen har tre eller flere komorbide lidelser. Hos gruppen af pårørende med lav til ingen risiko for at udvikle PTSD har 69 % af gruppen sandsynlighed udvikle to eller flere komorbide lidelser, hvor 20.70 % oplever sorgsymptomer på patologisk niveau.

3.2.3.5. Opsummering: symptomer på anden psykisk lidelse

Der ses en tendens til, at andre psykiske lidelser som f.eks. depression og angst, foruden patologisk sorg og/eller PTSD, kan være karakteriserende for pårørende, som har mistet som følge af voldshandlinger. Der ses desuden en tendens til, at pårørende er i øget risiko for at udvikle komorbiditet. Der ses en tendens til, at børn, som har mistet en søskende, oplever mere internaliserende adfærd end en kontrolgruppe.

4. Diskussion

4.1. Opsummering af studierne resultater

Formålet med dette review var systematisk at undersøge hvilke symptomer på psykisk lidelse, der ses hos pårørende til ofre for en pludselig og voldsom død som følge af

voldshandlinger. Opsummerende identificerede vi, at de to hyppigst rapporterede psykiske lidelser i litteraturen var PTSD og patologisk sorg. Vi fandt, at pårørende som havde mistet en nærtstående til voldshandlinger, oplevede symptomer på PTSD (terrorisme: 68.18 % vs. drab: 50 %) og patologisk sorg (terrorisme: 100 % vs. drab: 44.40 %). Vi fandt desuden en tendens til, at disse symptomer var vedvarende mere end 3 år efter tabet, omend i lavere grad, idet de pårørende op mod 14 år efter tabet fortsat oplevede symptomer på PTSD (terrorisme: 8.90 % vs. drab: 38.40 %) og patologisk sorg (terrorisme: 35.40 % vs. drab: 81.90 %).

Vi fandt, at pårønderelationen havde betydning for udviklingen af symptomer på psykisk lidelse. Særligt forældre, som havde mistet et barn, var i øget risiko for at udvikle symptomer på hhv. PTSD og patologisk sorg. Herudover fandt vi en tendens til, at den pårørendes køn havde betydning for udviklingen af symptomer på psykisk lidelse, hvor kvinder rapporterede en højere sværhedsgrad af symptomer end mænd. Foruden PTSD og sorg, fandt vi en tendens til, at depression og angst kunne være karakteriserende for de efterladte.

Slutteligt fandt vi, at pårørende til voldshandlinger var i øget risiko for at udvikle komorbide lidelser. Pårørende, som var i høj risiko for udvikling af PTSD, havde 90 % sandsynlighed for at udvikle tre eller flere komorbide lidelser. Pårørende, som var i lav til ingen risiko for udvikling af PTSD, havde 69 % sandsynlighed for at udvikle to eller flere komorbide lidelser.

4.1.1. Resultaterne i kontekst af anden evidens

4.1.1.1. Andre typer af dødsfald ift. PTSD

Indeværende review indikerer, at der er en høj grad af både patologisk sorg og PTSD hos efterladte, som har mistet en nærtstående til en pludselig og voldsom død. Sorg er et naturligt fænomen, de fleste mennesker vil opleve, hvilket gør sorg til et eksistentielt livsvilkår (Granek, 2010; Guldin, 2010; Kofod, 2017; Larsen et al., 2018; Shuchter & Zisook, 1993; Stroebe & Schut, 1999/2010/2015). Det er derfor relevant at forholde sig til, om forekomsten af PTSD er anderledes hos pårørende til ofre for voldshandlinger sammenlignet med andre typer af dødsfald.

I studie (7) af Murphy et al. (1999) og Murphy et al. (2003) sammenlignedes drab med selvmord og ulykker. Studiet konkluderede, at andelen af forældre, der opfyldte kriterierne for PTSD, var dobbelt så høj for de forældre, som mistede et barn til drab sammenlignet med selvmord og ulykker. Dette afspejledes i PTSD-prævalenserne af hhv. drab (mødre: 60 % vs. fædre: 40 %), selvmord (mødre: 36 % vs. fædre: 5 %) og ulykker (mødre: 35 % vs. fædre: 17 %). Til sammenligning viste en meta-analyse af Hoppen & Morina (2019), at prævalensen af PTSD hos overlevende civile efter krig var 23.81 %, og prævalensen af depression var 23.37 %. I vores review fandt vi en prævalens af PTSD på 8.90 % – 68.18 % samt en prævalens af mindst en mild grad af depression på 53.70 %. Til sammenligning viste et dansk studie af Kristensen, Elklit, Karstoft & Palic (2014), at prævalensen af PTSD for pårørende, som havde mistet til cancer, var 21.6 % et halvt år efter tabet.

Opsummerende er det bemærkelsesværdigt, at prævalensen af PTSD hos pårørende til ofre for voldshandlinger er højere end hos pårørende, der har mistet som følge andre dødsårsager.

4.1.1.2. Andre typer af dødsfald ift. sorg

Som tidligere beskrevet, er det relevant at forholde sig til, om dødsfald under pludselige og voldsomme omstændigheder som følge af voldshandlinger er anderledes for pårørende ift. udvikling af symptomer på psykisk lidelse sammenlignet med tab som følge af andre dødsårsager. I relation til naturkatastrofer fandt et norsk studie af Kristensen et al. (2010), at 50 % af de pårørende oplevede symptomer på patologisk sorg 2 år efter at have mistet en nærtstående til en tsunami. Sammenlignet med terrorhændelser fandt reviewets studie (3) og (5), at hhv. 78.50 % og 100 % af de pårørende havde symptomer på patologisk sorg 1.5 år efter hændelsen. Sammenlignet med drab fandt studie (14), at 81.90 % af de pårørende oplevede symptomer på patologisk sorg 6.9 år efter tabet. De 4 studier anvendte alle måleinstrumentet ICG med en cut-off score på > 25, hvilket gør resultaterne sammenlignelige. Sammenligningen og tolkningen af studierne resultater kan indikere, at intentionalitet bør overvejes som en mulig risikofaktor ift. udvikling af patologisk sorg. Dette understøttes af en meta-analyse af Djelantik, Smid, Mroz, Kleber og Boelen (2020), som undersøgte patologisk sorg hos pårørende, der havde mistet til et unaturligt dødsfald, herunder ulykker, katastrofer,

selvmord og drab. Studiet fandt en samlet prævalens på 49 %, hvoraf tiden siden tabet varierede fra under 1 år til 30 år. I forlængelse heraf er det relevant at sammenligne dødsfald under pludselige og voldsomme omstændigheder med dødsfald under naturlige omstændigheder. Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard og O'Connor (2017), der undersøger prævalensen af patologisk sorg hos voksne pårørende mindst 6 måneder efter tabet, fandt en samlet prævalens på 9.80 %. Dette er væsentligt lavere end pårørende, som har mistet til voldshandlinger.

Opsummerende er prævalensen af patologisk sorg hos pårørende til ofre for voldshandlinger bemærkelsesværdigt højere end pårørende, som har mistet som følge af andre dødsårsager. I forlængelse heraf kan det overvejes, hvorvidt intentionalitet kan ses som en særlig risikofaktor ift. udvikling af patologisk sorg.

4.1.1.3. De pårørendes sorgforløb

Det er relevant at sammenligne pårørendes sorgforløb iht. dødsårsag, da der er stor variation i sorgreaktion, -udtryk og -udvikling (Bonanno et al., 2002; Bonnano, 2004; Kaltman & Bonanno, 1999). Majoriteten (35 % – 65 %) af individer, som udsættes for traumer, vil udvise resiliens overfor distress og symptomer på psykisk lidelse og tilpasse sig tabet. De individer, som ikke er resiliente, vil derimod enten opleve akut distress for derefter at være i bedring efter 1 år til 2 år (15 % – 25%), have en forsinket reaktion (0 % – 15 %), eller anses som værende i kronisk distress (5 % – 30 %) (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2002; Bonnano et al., 2011).

I et svensk studie undersøgte Sveen, Johannesson, Cernvall og Arnberg (2018) pårørendes sorgforløb efter en tsunami i 1 år til 6 år efter hændelsen. Sveen et al. (2018) konkluderede, at 41 % af de pårørende udviste symptomer på resiliens umiddelbart efter katastrofen, 48 % blev kategoriseret som værende i bedring, og 11 % var kronisk lidende. Dette kan sammenholdes med resultaterne for indeværende reviews studie (5), som undersøgte sorgforløb 1 år til 3.5 år efter en terrorhændelse. Studiet fandt, at ingen pårørende (0 %) udviste tegn på resiliens, 13.20 % var kronisk lidende, og 22.50 % oplevede moderat akut distress og var i hurtig bedring. Størstedelen af de pårørende (64.30 %) oplevede høj akut distress og langsom bedring. Dette indikerer, at omstændighederne ved dødsfaldet kan have indflydelse på de pårørendes sorgforløb.

Det er bemærkelsesværdigt, at ingen pårørende (0 %) udviste resiliente sorgforløb efter en terrorhændelse (5), sammenholdt med naturkatastrofer (Sveen et al., 2018), hvor resiliente sorgforløb udgjorde 41 %. Ifølge Bonanno (2004) og Bonanno et al. (2002; 2011) bør denne gruppe udgøre majoriteten, hvilket er tilfældet for studiet af Sveen et al. (2018), men ikke for studie (5). I henhold til andelen af kronisk lidende pårørende er denne andel overvejende overensstemmende mellem Sveen et al. (2018) og studie (5) (11 % vs. 13.20 %). Dette er i overensstemmelse med teorien af Bonanno (2004) og Bonanno et al. (2002; 2011). Ved sammenligning af disse resultater, bør der tages højde for, at Sveen et al. (2018) undersøger flere typer af pårønderelationer, herunder f.eks. partnere, (bedste)forældre, børn og søskende, og konkluderer, at den undergruppe med højest risiko for udvikling af kronisk sorg, er forældre, som har mistet et barn. Studie (5) undersøger udelukkende forældre, som har mistet et barn, hvilket kan have influeret studiets resultater. Dette understøttes af Bonanno et al. (2011), der synes at konkludere, at tabet af et barn øger risikoen for udvikling af kronisk lidelse sammenlignet med tab af andre nære relationer.

4.1.1.4. Pårønderelation

Vi finder i nærværende review en tendens til, at tabet af et barn er en særlig risikofaktor ift. udvikling af symptomer på psykisk lidelse. Ifølge Guldin (2019) kan belastningen ved at miste et barn være særlig stor, da forældre knytter stærke emotionelle bånd til deres børn og har beskyttertrang. Fra et biologisk og evolutionært perspektiv tillægger forældre desuden deres børn stor reproduktiv værdi (Archer, 1999; Guldin, 2019). Dette understøttes ved sammenligning med anden litteratur på området og er gældende, uanset om dødsfaldet sker som følge af naturkatastrofer (Kristensen et al., 2010; Sveen et al., 2018), selvmord, ulykker, drab (Djelantik et al., 2020; Lenferink, Nickerson, de Keijser, Smid & Boelen, 2020) eller andre dødsårsager (Lundorff et al., 2017; Kersting et al., 2011). Det er bemærkelsesværdigt, at tabet af et barn er en særlig risikofaktor uanset dødsårsag, hvilket gør forældre til en særlig risikogruppe ift. udvikling af symptomer på psykisk lidelse og derfor kan have behov for særlig støtte og eller intervention.

4.1.1.5. Kønsforskelle

I indeværende review finder vi en tendens til, at kvinder er særligt sårbare ift. udviklingen af symptomer på psykisk lidelse. Dette kan ifølge Archer (1999), Doka & Martin (2010) og Stroebe & Schut (2010) være en konsekvens af den kultur, individet befinder sig i samt de forskellige copingstrategier, kvinder og mænd anvender i deres bearbejdning af sorg. I henhold til Tosporssmodellen (Stroebe & Schut, 2010) har kvinder højere tendens til at fokusere på sorgarbejde, mens mænd i højere grad fokuserer på tilpasningen til livet efter tabet (Archer, 1999; Stroebe & Schut, 1999; 2010).

Tendensen til at kvinder kan være særligt sårbare overfor tab, understøttes af den øvrige litteratur omhandlende andre typer af dødsårsager end ved voldshandlinger. I et studie af Sprang & McNeil (1998), omhandlende trafikulykker som følge af spirituskørsel, oplevede kvindelige pårørende flere symptomer på patologisk sorg end mænd. Kvinderne udgjorde 68.90 % af de pårørende med PTSD, mens mændene udgjorde 31.10 %. Dette understøttes af et dansk studie af Ditlevsen & Elklit (2012), som fandt, at prævalensen af PTSD var højest blandt kvinder (25.60 %) sammenlignet med mænd (13.20 %) ift. både naturlige og ikke-naturlige dødsfald. Særligt var kvinder sårbare ift. katastrofer og ulykker, hvor prævalensen for kvinder var dobbelt så høj sammenlignet med mænd (33.20 % vs. 14.50 %) (Ditlevsen & Elklit, 2012). Lignende fund ses i relation til patologisk sorg og dødsfald som følge af hhv. naturkatastrofer (kvinder: 56.90 % vs. mænd: 38.10 %) (Kristensen et al., 2010) og cancer (kvinder: 7.40 % vs. mænd: 2.70 %) (Kersting et al., 2011).

I nærværende review finder vi i studie (3) en kønsforskel iht. symptomer på psykisk lidelse. For patologisk sorg er der forskel i prævalensen af hhv. kvinder (mødre: 95% og søstre: 82 %) og mænd (fædre: 63 % og brødre: 50 %). I henhold til symptomer på PTSD er prævalensen ligeledes højere for kvinder (mødre: 70 % og søstre: 79 %) end for mænd (fædre: 50 % og brødre: 50 %). Til sammenligning finder vi i studie (7), at mødre har en højere prævalens af PTSD sammenlignet med fædre (60 % vs. 40 %).

I sammenhæng med øvrig litteratur på området indikerer fundene for indeværende review, at kvinder er i øget risiko for at udvikle symptomer på psykisk lidelse sammenlignet med mænd. Endvidere ses, at prævalensen af PTSD er højest i studierne fra

nærværende review sammenlignet med øvrige typer af dødsårsager med undtagelse af studiet af Sprang & McNeil (1998).

4.1.1.6. Opsummering

Ved sammenligning med øvrig litteratur på området er prævalensen af PTSD og patologisk sorg hos pårørende til ofre for voldshandlinger højere end pårørende som har mistet som følge af andre typer af dødsårsager. Ydermere synes omstændighederne ved dødsfaldet at have indflydelse på de pårørendes sorgforløb. Det at være kvinde og det at miste et barn synes at udgøre risikofaktorer ift. udvikling af symptomer på psykisk lidelse uanset dødsårsag.

4.2. Begrænsninger ved de inkluderede studier

Selvom vores litteraturgennemgang generelt antyder, at pårørende til ofre for pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger er i særlig risiko for at udvikle symptomer på psykisk lidelse, er det relevant at fremhæve, at der også er metodiske begrænsninger ved de inkluderede studier.

4.2.1. Samplestørrelse

Nogle studier har små samples, hvilket kan influere studierne resultater og underminere den interne og eksterne validitet. Det at opnå et statistisk signifikant resultat er afhængigt af et samples størrelse (Ranganathan et al., 2015). Dette er eksempelvis gældende for studie (1), (3) og (10), der alle påpeger et for lille sample som en begrænsning for at opnå statistisk signifikante resultater. Vi retter dog opmærksomhed mod, at studier, som ikke opnår statistisk signifikans, alligevel kan være klinisk signifikante. Dette forstået som den betydning, et resultat reelt har, for individet i praksis (Faber & Fonseca, 2014; Ranganathan et al., 2015).

4.2.2. Kønsfordeling

Det er relevant at fremhæve, at den samlede population på tværs af de inkluderede studier, består af i alt 1471 deltagere, hvoraf mænd udgør 25 % ($n = 359$), og kvinder udgør 75 % ($n = 1060$). Studie (9) angiver ikke kønsfordeling ($n = 52$) og er derfor

fratrullet den samlede population ved udregning af den procentvise andel. Denne kønsfordeling er relevant at fremhæve, da kvinder er i særlig høj risiko for at udvikle symptomer på psykisk lidelse efter traumeeksponering og tab som følge heraf (APA, 2022; Archer, 1999; Ditlevsen & Elklit, 2012; Kersting et al., 2011; Kristensen et al., 2010; SAMHSA, 2014; Sprang & McNeil, 1998). Da et sample bør være repræsentativt for den population, som ønskes undersøgt (Juul, 2013), anbefaler vi, at resultaterne for indeværende review fortolkes med forsigtighed ved anvendelse i praksis.

4.3. Begrænsninger ved reviewet

Udarbejdelsen af nærværende systematiske review har medført til- og fravalg, som kan diskuteres.

4.3.1. Vestlige lande

Vi foretog en afgrænsning iht. studiernes geografiske placering og kultur. Dette med hensigt om at undersøge specifikt vestlige lande, som har overordnet ens kulturer, normer og regelsæt. Et individs sorgudtryk præges således af den sociale kontekst samt kulturelle normer og praksisser, hvormed det kan være vanskeligt at sammenligne sorg på tværs af kulturer, som adskiller sig meget fra hinanden (Doka, 2008; Doka & Martin, 2002; Guldin, 2019; Køster et al., 2018; Rodgers & DuBois, 2018).

4.3.2. Publikationsår

Vi foretog et valg om at ekskludere studier publiceret før år 1994. Da både ICD-10 og DSM-IV blev udgivet i 1994, blev dette år valgt som skillelinje mhp. at sikre aktualitet, tilgængelighed, relevans, repræsentativitet og overførbarhed til de gældende udgaver af diagnosemanualerne (ICD-11 og DSM-V).

4.3.3. Studiedesign

I indeværende review antyder vi en tendens til, at symptomer på psykisk lidelse kan være til stede adskillige år efter tabet af et nærtstående familiemedlem som følge af voldshandlinger. Majoriteten af de inkluderede studiers designs er tværsnitsstudier, hvorfor resultaterne bør tolkes med afsæt heri. Tværsnitsstudier kan anvendes til at

beskrive helbredsforhold på tværs af en befolkningsgruppe, men kan ikke anvendes til at undersøge langvarige effekter eller til at bestemme en årsagsretning (Juul, 2013; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015). Da størstedelen af de inkluderede studier er tværsnitsstudier, er det vanskeligt at drage konklusioner om udviklingen af symptomer på psykiske lidelser over tid. Selvom vi i nærværende review antyder en tendens, er det nødvendigt at foretage kohortestudier, da disse kan konkludere på en tidsmæssig udvikling (Juul, 2013; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015).

4.3.4. Måleinstrumenter

Anvendelsen af standardiserede måleredskaber var et inklusionskriterie for nærværende systematiske review mhp. at undgå eventuelle udfordringer ift. sammenlignelighed, reliabilitet og validitet. Vi valgte ikke at specificere konkrete måleredskaber, da vi ønskede at inkludere flest mulige relevante studier. Dette resulterede i, at de inkluderede studier anvender forskellige instrumenter til måling af symptomer på psykisk lidelse. Dette kan være en begrænsning for indeværende review, da det kan vanskeliggøre sammenligning af studierne resultater. Eksempelvis anvendes otte forskellige måleinstrumenter til måling af symptomer på PTSD. Valg af et konkret måleredskab til måling af symptomer på en psykiske lidelse havde styrket den eksterne validitet. Et sådant valg ville dog have resulteret i færre inkluderede studier. Vi gør desuden opmærksom på, at nogle måleinstrumenter kan anvendes til at måle symptomer på psykisk lidelse, hvorimod andre instrumenter kan fungere som diagnostisk værktøj.

De inkluderede studier anvender desuden varierende cut-off scores til deres måleinstrumenter, hvilket har betydning for instrumentets sensitivitet og specificitet (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015). Sensitivitet henviser til en tests evne til at klassificere alle syge korrekt, og specificitet henviser til en tests evne til at klassificere de ikke-syge korrekt (Juul, 2013; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015). Fastsættelse af en cut-off score er en afvejning mellem sensitivitet og andelen af falske positive (Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015). Dette er relevant at overveje iht. klinisk praksis, da eksempelvis en lavere cut-off score vil medføre, at flere pårørende med symptomer på psykisk lidelse vil blive identificeret.

4.3.5. Omregning af scores

Vi traf et valg om at omregne enkelte studiers skalascores til totalscores samt at omregne IES-R-scores til IES-scores. Dette mhp. at gøre studierne resultater mere sammenlignelige og at kunne drage mere overordnede konklusioner. Der henledes opmærksomhed mod, at disse omregnede scores bør fortolkes med forsigtighed, da omregning mindsker præcision og dermed kan bidrage til usikkerhed.

4.3.6. Risk of bias analyse

Dette systematiske review har begrænsninger iht. validitet. Ifølge PRISMA bør der ved udarbejdelsen af et systematisk review indgå en risk of bias analyse, hvori resultaternes eventuelle bias vurderes (Higgins & Altman, 2008; Page et al., 2021ab). Grundet det tidsbegrænsede omfang for udarbejdelsen af nærværende review, har vi ikke udarbejdet en sådan analyse. Bias refererer til potentielle systematiske fejl og hermed risikoen for at over- eller undervurdere effekter (Higgins & Altman, 2008). En risk of bias analyse havde styrket reviewets interne validitet, der relaterer sig til, hvorvidt forskningsspørgsmålet er blevet besvaret korrekt og uden bias (Higgins & Altman, 2008).

4.4. Betydning for praksis og fremtidig forskning

4.4.1. Implikationer for praksis

Indeværende review viser en tendens til, at pårørende i høj grad oplever symptomer på patologisk sorg og PTSD efter at have mistet en nærtstående til voldshandlinger under pludselige og voldsomme omstændigheder. Ved tilrettelæggelse af efterfølgende støtte og intervention bør fagpersoner være særligt opmærksomme på disse lidelser. Dertil bør fagpersoner være opmærksomme på andre psykiske lidelser som angst og depression. Der ses desuden en tendens til, at kvinder samt nære slægtninge som søskende og forældre er særligt sårbare ift. udviklingen af symptomer på psykisk lidelse. Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at symptomer på psykisk lidelse kan vedvare hos pårørende i mere end 14 år efter tabet, hvilket understreger vigtigheden af langvarig opfølgning i praksis.

Sammenstillet med øvrig litteratur på området (Djelantik et al., 2020; Hoppen & Morina, 2019; Kristensen et al., 2014; Lundorff et al., 2017; Sveen et al., 2018) antydes en tendens til at pårørende, som har mistet ved voldshandlinger, er i øget risiko for udvikling af symptomer på psykisk lidelse. Derudover antydes en tendens til, at kvinder kan være mere sårbare end mænd (Ditlevsen & Elklit, 2012; Kersting et al., 2011; Kristensen et al. 2010; Sprang & McNeil, 1998), ligesom det at have mistet et barn synes at være en generel risikofaktor uanset dødsårsag (Djelantik et al., 2020; Kersting et al., 2011; Kristensen et al., 2010; Lenferink et al., 2020; Lundorff et al., 2017). Hermed argumenterer vi for en differentieret støtte og intervention til pårørende til ofre for voldshandlinger sammenlignet med andre typer af dødsfald. Herunder anbefaler vi, at fagpersoner bør rette en særlig opmærksomhed mod kvinder samt forældre, som har mistet et barn.

4.4.2. Fremtidig forskning

Efter en systematisk gennemgang af litteraturen, har vi identificeret mangler, som bør undersøges yderligere. Vi anbefaler, at fremtidig forskning undersøger symptomer på andre psykiske lidelser end overvejende PTSD og patologisk sorg, som f.eks. depression, angst og misbrug. Dette anbefales, da et begrænset antal af de inkluderede studier undersøger symptomer på de respektive lidelser, men ingen af studierne anvender de samme måleinstrumenter. Dette kan være en udfordring ift. at sammenligne resultater og at udlede overordnede tendenser. Eksempelvis undersøgte 2 af de 14 inkluderede studier misbrugsadfærd, hvilket er relevant, da der i litteraturen ses en sammenhæng mellem traumeeksponering og misbrugsadfærd (SAMHSA, 2014). Dog anvendte ingen af de to studier standardiserede måleinstrumenter, hvorfor disse data ikke fremgår af resultatafsnittet, omend de er relevante. I forlængelse heraf bør fremtidig forskning undersøge symptomer på psykisk lidelse med afsæt i standardiserende måleinstrumenter for at sikre validitet og reliabilitet.

Vores review antyder desuden, at der er et behov for undersøgelse af øvrige psykiske lidelser iht. komorbiditet. Eksempelvis undersøger studie (2) sandsynligheden for udviklingen af komorbiditet, og finder, at pårørende, som har mistet som følge af terrorisme, er i øgede risiko for at udvikle komorbide lidelser.

Vores review viser endvidere, at der er et markant fravær af undersøgelser med fokus på børn og unge, da kun studie (4) ud af de i alt 14 inkluderede studier undersøgte børn som pårørendegruppe. Studie (4) fandt, at 80 % af de børn, som havde mistet en søskende til drab, havde flere psykiatriske diagnoser (depression, PTSD og angst) sammenlignet med en kontrolgruppe. Vi anser litteraturen, der omhandler børn som pårørendegruppe, som mangelfuld, hvorfor vi opfordrer til videre forskning i denne population.

Endeligt opfordrer vi til flere kohortestudier, hvorved udviklingen af eventuelle symptomer på psykisk lidelse undersøges over længere tid og kan belyse årsagssammenhænge (Juul, 2013; Wassertheil-Smoller & Smoller, 2015).

4.5. Konklusion

Formålet med nærværende systematiske review var at undersøge hvilke symptomer på psykisk lidelse, der ses hos pårørende til ofre for en pludselig og voldsom død som følge af voldshandlinger. Vi inkluderede i alt 19 studier i reviewet. Studierne indikerede, at pårørende oplevede symptomer på patologisk sorg og PTSD i op til flere år efter tabet. Ved sammenligning med andre typer af dødsårsager var pårørende, som havde mistet som følge af drab eller terrorisme, i øget risiko for udvikling af symptomer på psykisk lidelse. Vi fandt desuden en tendens til, at andre psykiske lidelser som f.eks. depression og angst kunne være karakteriserende for de efterladte, som ligeledes var i øget risiko for at udvikle komorbide lidelser. Særligt kvinder og forældre, som havde mistet et barn, var sårbare overfor udviklingen af symptomer på psykisk lidelse. På baggrund af studierne og indeværende reviews begrænsninger, opfordrer vi til yderligere forskning på området.

Referenceliste

- Aalborg Universitet. (2021). *Kandidatspeciale*. Studieordning for kandidatuddannelsen i psykologi, 2020. Retrieved 28. april 2023, from <https://moduler.aau.dk/course/2020-2021/KAPSY202010?lang=da-DK>
- Archer, J. (1999). *The Nature of Grief: The Evolution and Psychology of Reactions to Loss* (1st ed.). Taylor & Francis Group. 10.4324/9780203360651
- Archer, J. (2001). Grief From an Evolutionary Perspective. *Handbook of bereavement research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 263-283). American Psychological Association. 10.1037/10436-011
- Archer, J. (2008). Theories of Grief: Past, Present and Future Perspectives. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 45-65). American Psychiatric Association.
- Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. (2015). What is "normal" in grief? *Australian Critical Care; Aust Crit Care*, 28(2), 58-62. 10.1016/j.aucc.2015.01.005
- Beredskabsstyrelsen. (2022). *Nationalt Risikobillede 2022 udpeger væsentlige risici for Danmark*. Beredskabsstyrelsen. Retrieved 26. maj 2023, from <https://www.brs.dk/da/nyheder/2022/nrb-2022/>
- Boerner, K., Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2012). On the nature and prevalence of uncomplicated and complicated patterns of grief. *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals* (pp. 55-67). Routledge. 10.4324/9780203105115
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28. 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 287-307). American Psychological Association.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511-535. 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. 10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric Properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment; Psychol Assess*, 28(11), 1379-1391. 10.1037/pas0000254
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & McDevitt-Murphy, M. (2010). African American Homicide Bereavement: Aspects of Social Support That Predict Complicated Grief, PTSD, and Depression. *Omega: Journal of Death and Dying; Omega (Westport)*, 61(1), 1-24. 10.2190/OM.61.1.a
- Center for Terroranalyse. (2023). *Terrortruslen mod Danmark er præget af nye tendenser*. Politiets Efterretningstjeneste. Retrieved 26. maj 2023, from <https://pet.dk/pet/nyhedsliste/terrortruslen-mod-danmark-er-praeget-af-nye-tendenser/2023/03/28>
- Clarke, M. J., & Stewart, L. A. (1994). Obtaining Data From Randomised Controlled Trials: How Much Do We Need For Reliable And Informative Meta-Analyses? *BMJ (Online); BMJ*, 309(6960), 1007-1010.
- Cozza, S. J., Fisher, J. E., Fetchet, M. A., Chen, S., Zhou, J., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2019). Patterns of Comorbidity Among Bereaved Family Members 14 Years after the September 11th, 2001, Terrorist Attacks. *Journal of Traumatic Stress; J Trauma Stress*, 32(4), 526-535. 10.1002/jts.22407
- Cozza, S. J., Fisher, J. E., Hefner, K. R., Fetchet, M. A., Chen, S., Zuleta, R. F., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2020). Human Remains Identification, Grief, and Post-traumatic Stress in Bereaved Family Members 14 Years After the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 1137-1143. 10.1002/jts.22548
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489-1496. 10.1016/j.brat.2003.07.010

- Cullberg, J. (1976). Indledning. In J. Cullberg (Ed.), *Krise og udvikling: en psykoanalytisk og socialpsykiatrisk studie* (pp. 12-19). Hans Reitzels Forlag.
- Cullberg, J. (2007). Indledning: Krisen set i lyset af samfundsforandringer. *Krise og udvikling* (5th ed., pp. 15-26). Hans Reitzels Forlag.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediational Model. *Death Studies*, 30(5), 403-428. 10.1080/07481180600614351
- Danmarks Statistik. (2023a). *Dødsfald*. Danmarks Statistik. Retrieved 22. marts 2023, from <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>
- Danmarks Statistik. (2023b). *Indvandrere og efterkommere*. Danmarks Statistik. Retrieved 8. marts 2023, from <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/indvandrere-og-efterkommere>
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2008). Analysing Data and Undertaking Meta-Analyses. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 243-296)10.1002/9780470712184.ch9
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry*, 11, n/a-26. 10.1186/1744-859X-11-26
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156. 10.1016/j.jad.2020.01.034
- Doka, K. J. (2008). Disenfranchised Grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 223-240). American Psychiatric Association.
- Doka, K. J., & Martin, T. L. (2010). *Grieving Beyond Gender: Understanding the Ways Men and Women Mourn, Revised Edition*. Taylor & Francis Group.
- Doka, K. J., & Martin, T. L. (2002). How we grieve: Culture, class, and gender. *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*, pp. 337-347.
- Dyregrov, A. (2018). Katastrofereaksjoner hos overlevende og etterlatte. *Katastrofepsykologi* (3. utgave ed., pp. 13-53). Fagbokforlaget.

- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2015). Traumatic Bereavement and Terror: The Psychosocial Impact on Parents and Siblings 1.5 Years After the July 2011 Terror Killings in Norway. *Journal of Loss & Trauma*, 20(6), 556-576. 10.1080/15325024.2014.957603
- Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(4), 27-29. 10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo
- Freeman, L. N., Shaffer, D., & Smith, H. (1996). NEGLECTED VICTIMS OF HOMICIDE: The Needs of Young Siblings of Murder Victims. *American Journal of Orthopsychiatry; Am J Orthopsychiatry*, 66(3), 337-345. 10.1037/h0080184
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 169-183. 10.1146/annurev-publhealth-032013-182435
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13, 46-73. 10.1037/a0016991
- Green, S., Higgins, J. P. T., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D., & Oxman, A. D. (2008). Introduction. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 1-9)10.1002/9780470712184.ch1
- Guldin, M. (2010). De store teories fald - Træk af sorgteori gennem tiden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 7(12)10.7146/tfss.v7i12.2961
- Guldin, M. (2019). *Tab og sorg: en grundbog for professionelle* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2008). Assessing Risk of Bias in Included Studies. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 187-241). The Cochrane Collaboration. 10.1002/9780470712184.ch8
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011a). *Formulae for combining groups*. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Retrieved 5. maj 2023, from https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_7/table_7_7_a_formulae_for_combining_groups.htm
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011b). *Obtaining standard deviations from standard errors and confidence intervals for group means*. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Retrieved 5. maj 2023, from [https://handbook-](https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_7/table_7_7_b_obtaining_standard_deviations_from_standard_errors_and_confidence_intervals_for_group_means.htm)

5-1.cochrane.org/chapter_7/7_7_3_2_obtaining_standard_deviations_from_standard_errors_and.htm

- Holm, M., Alvariza, A., Fürst, C., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2018). Psychometric evaluation of the Texas revised inventory of grief in a sample of bereaved family caregivers. *Research in Nursing & Health; Res Nurs Health*, 41(5), 480-488. 10.1002/nur.21886
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-12. 10.1080/20008198.2019.1578637
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Høgsted, R. (2019). Den ydre hændelse. *Belastningspsykologi* (3rd ed., pp. 48-53). Forlaget ICTUS.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2016). *Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet*. Retsinformation. Retrieved 26. maj 2023, from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/971>
- Johnsen, I., & Dyregrov, K. (2016). Only a Friend: The Bereavement Process of Young Adults After the Loss of a Close Friend in an Extreme Terror Incident—A Qualitative Approach. *Omega: Journal of Death and Dying*, 74(1), 16-34. 10.1177/0030222815622956
- Johnsen, I., Dyregrov, K., Matthiesen, S. B., & Laberg, J. C. (2021). Long-Term Reactions to the Loss of a Close Friend in an Extreme Terror Incident. *Omega: Journal of Death and Dying; Omega (Westport)*, 82(3), 351-369. 10.1177/0030222818814052
- Juul, S. (2013). *Epidemiologi og evidens* (2nd ed.). Munksgaard.
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement:: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders; J Anxiety Disorder*, 17(2), 131-147. 10.1016/S0887-6185(02)00184-6
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1), 339-343. 10.1016/j.jad.2010.11.032

- Kloep, M. L., Lancaster, S. L., & Rodriguez, B. F. (2014). Sudden unexpected versus violent death and PTSD symptom development. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(3), 286-300.
- Kofod, E. H. (2017). From morality to pathology: A brief historization of contemporary Western grief practices and understandings. *Nordic Psychology*, 69(1), 47-60. 10.1080/19012276.2016.1267914
- Køster, A., Kofod, E. H., Winther-Lindqvist, D., Brinkmann, S., & Petersen, A. (2018). Kulturelle og eksistentielle perspektiver på sorg og tabserfaringer. *Psyke & Logos*, 39(1), 37-54.
- Kristensen, P., Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Heir, T. (2016). Media Exposure and Prolonged Grief: A Study of Bereaved Parents and Siblings After the 2011 Utøya Island Terror Attack. *Psychological Trauma*, 8(6), 661-667. 10.1037/tra0000131
- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 545368. 10.3389/fpsy.2020.545368
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2010). Predictors of Complicated Grief After a Natural Disaster: A Population Study Two Years After the 2004 South-East Asian Tsunami. *Death Studies*, 34(2), 137-150. 10.1080/07481180903492455
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry (Washington, D.C.); Psychiatry*, 75(1), 76-97. 10.1521/psyc.2012.75.1.76
- Kristensen, T. E., Elklit, A., Karstoft, K., & Palic, S. (2014). Predicting chronic post-traumatic stress disorder in bereaved relatives: A 6-month follow-up study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 31(4), 396-405.
- Larsen, L., Lauritzen, L. R., & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, 39, 15-36.
- Lenferink, L., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 37(1), 35-44. 10.1002/da.22850
- Lundin, T. (2007). Katastrofepsykiatri og sene stressreaktioner (PTSD). In J. Cullberg (Ed.), *Krise og udvikling* (pp. 179-192). Hans Reitzels Forlag.

- 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*, 212, 138-149. 10.1016/j.jad.2017.01.030
- McDevitt-Murphy, M., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., & Lawson, K. (2012). The Toll of Traumatic Loss in African Americans Bereaved by Homicide. *Psychological Trauma*, 4(3), 303-311. 10.1037/a0024911
- Mezey, G., Evans, C., & Hobdell, K. (2002). Families of homicide victims: Psychiatric responses and help-seeking. *Psychology and Psychotherapy*, 75(1), 65-75. 10.1348/147608302169553
- Molin, K. (2005). Terror og terrorisme. *Terrorangrebets psykologi - Psykologiske konsekvenser og beredskab ved terror med masseødelæggelsesvåben* (pp. 17-24). Frydenlund.
- Moreira, D., Azeredo, A., Sá Moreira, D., Fávero, M., & Sousa-Gomes, V. (2023). Why does grief hurt? A systematic review of grief and depression in adults. *European Psychologist*, 28(1), 35-52. 10.1027/1016-9040/a000490
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., & Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 273-291. 10.1023/A:1024724425597
- Murphy, S. A., Clark Johnson, L., & Lohan, J. (2003). Finding Meaning in a Child's Violent Death: A Five Year Prospective Analysis of Parents' Personal Narratives and Empirical Data. *Death Studies*, 27(5), 381-404.
- National Center for, P. (2022). *PTSD Checklist for DSM-5*. U.S Department of Veterans Affairs. Retrieved 27. april 2023, from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D. J., Blanco, C., Manetti-Cusa, J., Lantigua, R., & Shea, S. (2008). The mental health consequences of disaster-related loss: findings from primary care one year after the 9/11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(4), 339-348.

- O'Connor, D., Green, S., & Higgins, J. P. T. (2008). Defining the Review Question and Developing Criteria for Including Studies. (pp. 81-94). John Wiley & Sons, Ltd. 10.1002/9780470712184.ch5
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021a). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Online); BMJ*, 372, n71. 10.1136/bmj.n71
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . McKenzie, J. E. (2021b). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, 1-36. 10.1136/bmj.n160
- Parker, J., Watts, H., & Allsopp, M. R. (1995). Post-traumatic stress symptoms in children and parents following a school-based fatality. *Child: Care, Health & Development*, 21(3), 183-189. 10.1111/j.1365-2214.1995.tb00748.x
- Pfeffer, C. R., Altemus, M., Heo, M., & Jiang, H. (2009). Salivary Cortisol and Psychopathology in Adults Bereaved by the September 11, 2001 Terror Attacks. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(3), 215-226. 10.2190/PM.39.3.a
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1), 65-79. 10.1016/0165-1781(95)02757-2
- Prigerson, H. G., Vandwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A Case for Inclusion of Prolonged Grief Disorder i DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention* (pp. 165-186). American Psychological Association.

- Psykiatrien Region Nordjylland. (2022a). *Psykosocialt beredskab*. Psykiatrien Region Nordjylland. Retrieved 22. marts 2023, from <https://psykiatri.rn.dk/for-sundhedsfaglige/krise-og-katastrofeberedskab>
- Psykiatrien Region Nordjylland. (2022b). Psykosocialt beredskab i Psykiatrien: Delplan til Region Nordjyllands Sundhedsberedskab, 1-40. <https://psykiatri.rn.dk/for-sundhedsfaglige/krise-og-katastrofeberedskab>
- Psykiatrien Region Nordjylland. (2023). *Tilbud til pårørende til ofre for drab og vold med døden til følge*. Region Nordjylland. Retrieved 29. maj 2023, from <https://pri.rn.dk/Sider/30362.aspx>
- Ranganathan, P., Pramesh, C. S., & Buyse, M. (2015). Common pitfalls in statistical analysis: Clinical versus statistical significance. *Perspectives in Clinical Research*, 6(3), 169-170. 10.4103/2229-3485.159943
- Robson, P., & Walter, T. (2012). Hierarchies of Loss: A Critique of Disenfranchised Grief. *Omega: Journal of Death and Dying; Omega (Westport)*, 66(2), 97-119. 10.2190/OM.66.2.a
- Rodgers, R. F., & DuBois, R. H. (2018). Grief Reactions: A Sociocultural Approach. In E. Bui (Ed.), *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 1-18). Springer International Publishing. 10.1007/978-3-319-65241-2_1
- Rynearson, E. K. (1995). Bereavement after homicide. A comparison of treatment seekers and refusers. *British Journal of Psychiatry*, 166(4), 507-510. 10.1192/bjp.166.4.507
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ (Online); BMJ*, 349, 1-26. 10.1136/bmj.g7647
- Sharpe, T. L., Osteen, P., Frey, J. J., & Michalopoulos, L. M. (2014). Coping With Grief Responses Among African American Family Members of Homicide Victims. *Violence and Victims*, 29(2), 332-347. 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00083R1
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention* (pp. 23-43). Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511664076.003

- Sprang, G., & McNeil, J. (1998). Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 37(1), 41-58.
- StatsToDo. (2020). *Combining n, mean, and Standard Deviation from Multiple Groups*. StatsToDo. Retrieved 5. maj 2023, from <https://www.statstodo.com/CombineMeansSDs.php>
- Sterling, M. (2008). The Impact of Event Scale (IES). *Australian Journal of Physiotherapy*, 54, 78. 10.1016/S0004-9514(08)70074-6
- Stroebe, H., & Schut, M. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. 10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement.: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289. 10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). Trauma Awareness. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services* (pp. 33-58). Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2016). *Dødsattesten - principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten*. Sundhedsdatastyrelsen. Retrieved 28. marts 2023, from https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/rammer-og-retningslinjer/indberetning/sei_vejledninger/doedsattest/principper-vejl-registrering-doedsaarsager.pdf
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Styrkelse af den psykosociale indsats ved beredskabshændelser*. (pp. 1- 40). <https://www.sst.dk/da/viden/sundhedsvaesen/beredskab/sundhedsberedskabet/psykosocial-indsats-ved-beredskabshaendelser>
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Planlægning af sundhedsberedskab: håndbog for Regioner*. Unpublished manuscript. <https://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/4f32105e-ed05-4b6e-9ae5-112b99e407d4/Planl%C3%A6gning%20af%20sundhedsberedskab.pdf>

- Sveen, J., Johannesson, K. B., Cernvall, M., & Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLoS One*, 13(12), e0209757. 10.1371/journal.pone.0209757
- Tasker, S. L., & Wright, K. E. (2020). Exploring Aspects of Health and Well-Being in Siblings of Young Homicide Victims. *Illness, Crisis, and Loss*, 28(1), 71-94. 10.1177/1054137317742560
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 223-242. 10.1023/A:1024494918952
- Thompson, M. P., & Vardaman, P. J. (1997). The Role of Religion in Coping with the Loss of a Family Member to Homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(1), 44-51. 10.2307/1387881
- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, C. M., & Anderson, L. (2012). A Pilot Study of a Weekend Retreat Intervention for Family Survivors of Homicide. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 766-794. 10.1177/0193945912443011
- van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., & Boelen, P. A. (2016). Prevalence and Correlates of Self-Rated Posttraumatic Stress Disorder and Complicated Grief in a Community-Based Sample of Homicidally Bereaved Individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(2), 207-227. 10.1177/0886260514555368
- Wassertheil-Smoller, S., & Smoller, J. (2015). *Biostatistics and Epidemiology: A Primer for Health and Biomedical Professionals* (4th ed.). Springer. 10.1007/978-1-4939-2134-8
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX,
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press.
- Weisæth, L. (2021). Psychosocial intervention models and outcomes after a terror disaster. *CNS Spectrums*, 26(1), 92-100. 10.1017/S1092852920002163

- World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Retrieved 8. marts 2023, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zinzow, H. M., Rheingold, A. A., Hawkins, A. O., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 20-27. 10.1002/jts.20377